UNIVERSITE TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTES DE MEDECINE

ANNEE 2014 2014 TOU3 1550

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

MEDECINE SPECIALISEE CLINIQUE

Présentée et soutenue publiquement

par

Diane COMPAN

le 26 septembre 2014

EXPLORATION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE CHEZ DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE PHOBIE SCOLAIRE ET LEURS PARENTS.

Directeur de thèse : Dr Nicole CATHELINE

JURY

Monsieur le Professeur Jean-Philippe RAYNAUD	Président
Monsieur le Professeur Laurent SCHMITT	Assesseur
Madame le Professeur Florence ASKENAZY	Assesseur
Madame le Docteur Barbara BERNHEIM	Assesseur
Madame le Docteur Katia JOURNOT-REVERBEL	Suppléant
Madame le Docteur Nicole CATHELINE	Membre invité
Madame le Docteur Julie RIEU	Membre invité





TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine du l'Université Paul Sabatier
au 1er septembre 2013

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Y.	Professeur Honoraire	Mme PUEL J.
Doyen Honoraire	M. CHAP H.	Professeur Honoraire	M. GOUZI
Professeur Honoraire	M. COMMANAY	Professeur Honoraire associé	M. DUTAU
Professeur Honoraire	M. CLAUX	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE	Professeur Honoraire	M. PASCAL
Professeur Honoraire	Mme ENJALBERT	Professeur Honoraire	M. SALVADOR M.
Professeur Honoraire	M. GEDEON	Professeur Honoraire	M. BAYARD
Professeur Honoraire	M. PASQUIE	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE
Professeur Honoraire	M. RIBAUT	Professeur Honoraire	M. FABIÉ
Professeur Honoraire	M. SARRASIN	Professeur Honoraire	M. BARTHE
Professeur Honoraire	M. ARLET J.	Professeur Honoraire	M. CABARROT
Professeur Honoraire	M. RIBET	Professeur Honoraire	M. DUFFAUT
Professeur Honoraire	M. MONROZIES	Professeur Honoraire	M. ESCAT
Professeur Honoraire	M. DALOUS	Professeur Honoraire	M. ESCANDE
Professeur Honoraire	M. DUPRE	Professeur Honoraire	M. PRIS
Professeur Honoraire	M. FABRE J.	Professeur Honoraire	M. CATHALA
Professeur Honoraire	M. DUCOS	Professeur Honoraire	M. BAZEX
Professeur Honoraire	M. GALINIER	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE
Professeur Honoraire	M. LACOMME	Professeur Honoraire	M. CARLES
Professeur Honoraire	M. BASTIDE	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ
Professeur Honoraire	M. COTONAT	Professeur Honoraire	M. VAYSSE
Professeur Honoraire	M. DAVID	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE
Professeur Honoraire	Mme DIDIER	Professeur Honoraire	M. GUITARD
Professeur Honoraire	M. GAUBERT	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES F.
Professeur Honoraire	M. GUILHEM	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE
Professeur Honoraire	Mme LARENG M.B.	Professeur Honoraire	M. CERENE
Professeur Honoraire	M. BES	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. HOFF
Professeur Honoraire	M. GARRIGUES	Professeur Honoraire	M. REME
Professeur Honoraire	M. REGNIER	Professeur Honoraire	M. FAUVEL
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. FREXINOS
Professeur Honoraire	M. REGIS	Professeur Honoraire	M. CARRIERE
Professeur Honoraire	M. ARBUS	Professeur Honoraire	M. MANSAT M.
Professeur Honoraire	M. PUJOL	Professeur Honoraire	M. BARRET
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	M. RUMEAU	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT
Professeur Honoraire	M. BESOMBES	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD	Professeur Honoraire	M. RIBOT
Professeur Honoraire	M. SUC	Professeur Honoraire	M. DELSOL
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE	Professeur Honoraire	M. ABBAL
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE	Professeur Honoraire	M. DURAND
Professeur Honoraire	M. PONTONNIER	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER
Professeur Honoraire	M. CARTON	Professeur Honoraire	M. RAILHAC

Professeurs Émérites

Professeur JUSKIEWENSKI
Professeur LARROUY
Professeur ALBAREDE
Professeur CONTÉ
Professeur MURAT
Professeur MANELFE
Professeur LOUVET
Professeur SARRAMON
Professeur CARATERO
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL
Professeur COSTAGLIOLA

Professeur JL. ADER
Professeur Y. LAZORTHES
Professeur L. LARENG
Professeur F. JOFFRE
Professeur J. CORBERAND
Professeur B. BONEU
Professeur H. DABERNAT
Professeur M. BOCCALON
Professeur B. MAZIERES
Professeur E. ARLET-SUAU
Professeur J. SIMON

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex — **Doyen : JP. VINEL**

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE D.	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR J.	Thérapeutique
M. ARNE J.L. (C.E)	Ophtalmologie
M. ATTAL M. (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU H	Hématologie, transfusion
M. BLANCHER A.	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVIALLE P.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY J.P.	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT D.	Neurologie
M. BROUSSET P. (C.E)	Anatomie pathologique
M. BUGAT R. (C.E)	*Cancérologie*
M. CARRIE D.	Cardiologie
M. CHAP H. (C.E)	Biochimie
M. CHAUVEAU D.	Néphrologie
M. CHOLLET F. (C.E)	Neurologie
M. CLANET M. (C.E)	Neurologie
M. DAHAN M. (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DEGUINE O.	O. R. L.
M. DUCOMMUN B.	Cancérologie
M. FERRIERES J.	Epidémiologie, Santé Publique
M. FRAYSSE B. (C.E)	O.R.L.
M. IZOPET J. (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT L.	Anatomie Pathologique
M. LANG T.	Biostatistique Informatique Médicale
M. LANGIN D.	Nutrition
M. LAUQUE D.	Médecine Interne
M. LIBLAU R.	Immunologie
M. MAGNAVAL J.F	Parasitologie
M. MALAVAUD B.	Urologie
M. MANSAT P.	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU B.	Maladies Infectieuses
M. MONROZIES X.	Gynécologie Obstétrique
M. MONTASTRUC J.L. (C.E)	Pharmacologie
M. MOSCOVICI J.	Anatomie et Chirurgie Pédiatrique
Mme MOYAL E.	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI F.	Gériatrie
M. OLIVES J.P. (C.E)	Pédiatrie
M. OSWALD E.	Bactériologie-Virologie
M. PARINAUD J.	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PERRET B (C.E)	Biochimie
M. POURRAT. J	Néphrologie
M. PRADERE B.	Chirurgie générale
M. QUERLEU D (C.E)	Cancérologie
M. RASCOL O.	Pharmacologie
M. RISCHMANN P. (C.E)	Urologie
M. RIVIERE D. (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY J.	Chirurgie Infantile
M. SALLES J.P.	Pédiatrie
M. SERRE G. (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON N.	Médecine Légale
M. VINEL J.P. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie

P.U. - P.H.
2ème classe

Mme BEYNE-RAUZY O.	Médecine Interne
M. BIRMES Ph.	Psychiatrie
M. BROUCHET L.	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BUREAU Ch	Hépato-Gastro-Entéro
M. CALVAS P.	Génétique
M. CARRERE N.	Chirurgie Générale
Mme CASPER Ch.	Pédiatrie
M. CHAIX Y.	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER S.	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD C.	Neuroradiologie
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. FOURCADE O.	Anesthésiologie
M. FOURNIE B.	Rhumatologie
M. FOURNIÉ P.	Ophtalmologie
M. GEERAERTS T.	Anesthésiologie et réanimation chir.
Mme GENESTAL M.	Réanimation Médicale
M. LAROCHE M.	Rhumatologie
M. LAUWERS F.	Anatomie
M. LEOBON B.	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. MAZIERES J.	Pneumologie
M. MOLINIER L.	Epidémiologie, Santé Publique
M. PARANT O.	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE J.	Neurologie
M. PATHAK A.	Pharmacologie
M. PAUL C.	Dermatologie
M. PAYOUX P.	Biophysique
M. PAYRASTRE B.	Hématologie
M. PORTIER G.	Chirurgie Digestive
M. PERON J.M.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. RECHER Ch.	Hématologie
M. RONCALLI J.	Cardiologie
M. SANS N.	Radiologie
Mme SELVES J.	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SOL J-Ch.	Neurochirurgie

P.U.

M. OUSTRIC S.	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr. POUTRAIN J.Ch
Dr. MESTHÉ P.
Professeur Associé de Médecine du Travail
Dr NIEZBORALA M.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL
133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : D. ROUGE

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Ph.	Pédiatrie
M. ALRIC L.	Médecine Interne
M. ARLET Ph. (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL J.F.	Physiologie
Mme BERRY I.	Biophysique
M. BOUTAULT F. (C.E)	Stomatologie et Chirurgie Maxillo-Faciale
M. BUSCAIL L.	Hépato-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL A.	Rhumatologie
M. CARON Ph. (C.E)	Endocrinologie
M. CHAMONTIN B. (C.E)	Thérapeutique
M. CHAVOIN J.P. (C.E)	Chirurgie Plastique et Reconstructive
M. CHIRON Ph.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme COURTADE SAIDI M.	Histologie Embryologie
M. DELABESSE E.	Hématologie
Mme DELISLE M.B. (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DIDIER A.	Pneumologie
M. ESCOURROU J. (C.E)	Hépato-Gastro-Entérologie
M. FOURTANIER G. (C.E)	Chirurgie Digestive
M. GALINIER M.	Cardiologie
M. GERAUD G.	Neurologie
M. GLOCK Y.	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GRAND A. (C.E)	Epidémio. Eco. de la Santé et Prévention
Mme HANAIRE H.	Endocrinologie
M. LAGARRIGUE J. (C.E)	Neurochirurgie
M. LARRUE V.	Neurologie
M. LAURENT G. (C.E)	Hématologie
M. LEVADE T.	Biochimie
M. MALECAZE F. (C.E)	Ophtalmologie
Mme MARTY N.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP P.	Maladies Infectieuses
M. PESSEY J.J. (C.E)	O. R. L.
M. PLANTE P.	Urologie
M. RAYNAUD J-Ph.	Psychiatrie Infantile
M. REME J.M.	Gynécologie-Obstétrique
M. RITZ P.	Nutrition
M. ROCHE H. (C.E)	Cancérologie
M. ROSTAING L (C.E).	Néphrologie
M. ROUGE D. (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU H.	Radiologie
M. SALVAYRE R. (C.E)	Biochimie
M. SAMII E K. (C.E)	Anesthésiologie Réanimation
M. SCHMITT L. (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD J.M.	Pharmacologie
M. SERRANO E. (C.E)	O. R. L.
M. SOULIE M.	Urologie
M. SUC B.	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER M.T.	Pédiatrie
M. VELLAS B. (C.E)	Gériatrie

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ACCADBLED F.	Chirurgie Infantile
Mme ANDRIEU S.	Epidémiologie
M. ARBUS Ch.	Psychiatrie
M. BERRY A.	Parasitologie
M. BONNEVILLE F.	Radiologie
M. BROUCHET L.	Chir. Thoracique et cardio-vasculaire
M. BUJAN L.	Uro-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE A.	Médecine Vasculaire
M. CHAYNES P.	Anatomie
M. CHAUFOUR X.	Chirurgie Vasculaire
M. CONSTANTIN A.	Rhumatologie
M. DELOBEL P.	Maladies Infectieuses
M. COURBON	Biophysique
M. DAMBRIN C.	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DE BOISSEZON X.	Médecine Physique et Réadaptation
M. DECRAMER S.	Pédiatrie
M. DELORD JP.	Cancérologie
M. ELBAZ M.	Cardiologie
M. GALINIER Ph.	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STŐWHAS I.	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET A.	Anatomie Pathologique
M. GOURDY P.	Endocrinologie
M. GROLLEAU RAOUX J.L.	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD R.	Cancérologie
M. HUYGHE E.	Urologie
M. KAMAR N.	Néphrologie
M. LAFOSSE JM.	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. LEGUEVAQUE P.	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARQUE Ph.	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW J.	Dermatologie
M. MINVILLE V.	Anesthésiologie Réanimation
M. MUSCARI F.	Chirurgie Digestive
M. OTAL Ph.	Radiologie
M. ROLLAND Y.	Gériatrie
M. ROUX F.E.	Neurochirurgie
M. SAILLER L.	Médecine Interne
M. SOULAT J.M.	Médecine du Travail
M. TACK I.	Physiologie
M. VAYSSIERE Ch.	Gynécologie Obstétrique
M. VERGEZ S.	O.R.L.
Mme URO-COSTE E.	Anatomie Pathologique

Professeur Associé de Médecine Générale
Dr VIDAL M.
Professeur Associé en O.R.L
WOISARD V.

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN 37, allées Jules Guesde – 31062 Toulouse Cedex		FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE- RANGUEIL 133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE cedex	
M.C.U. - P.H.		**M.C.U. - P.H**	
M. APOIL P. A	Immunologie	Mme ABRAVANEL F.	Bactério. Virologie Hygiène
Mme ARNAUD C.	Epidémiologie	Mme ARCHAMBAUD M.	Bactério. Virologie Hygiène
M. BIETH E.	Génétique	M. BES J.C.	Histologie - Embryologie
Mme BONGARD V.	Epidémiologie	M. CAMBUS J.P.	Hématologie
Mme CASPAR BAUGUIL S.	Nutrition	Mme CANTERO A.	Biochimie
Mme CASSAING S.	Parasitologie	Mme CARFAGNA L.	Pédiatrie
Mme CONCINA D.	Anesthésie-Réanimation	Mme CASSOL E.	Biophysique
M. CONGY N.	Immunologie	Mme CAUSSE E.	Biochimie
Mme COURBON	Pharmacologie	M. CHASSAING N	Génétique
Mme DAMASE C.	Pharmacologie	Mme CLAVE D.	Bactériologie Virologie
Mme de GLISEZENSKY I.	Physiologie	M. CLAVEL C.	Biologie Cellulaire
Mme DELMAS C.	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme COLLIN L.	Cytologie
Mme DE-MAS V.	Hématologie	M. CORRE J.	Hématologie
M. DUBOIS D.	Bactériologie Virologie Hygiène	M. DEDOUIT F.	Médecine Légale
Mme DUGUET A.M.	Médecine Légale	M. DELPLA P.A.	Médecine Légale
Mme DULY-BOUHANICK B.	Thérapeutique	M. EDOUARD T.	Pédiatrie
M. DUPUI Ph.	Physiologie	Mme ESQUIROL Y.	Médecine du travail
Mme FAUVEL J.	Biochimie	Mme ESCOURROU G.	Anatomie Pathologique
Mme FILLAUX J.	Parasitologie	Mme GALINIER A.	Nutrition
M. GANTET P.	Biophysique	Mme GARDETTE V.	Epidémiologie
Mme GENNERO I.	Biochimie	M. GASQ D.	Physiologie
Mme GENOUX A.	Biochimie et biologie moléculaire	Mme GRARE M.	Bactériologie Virologie Hygiène
M. HAMDI S.	Biochimie	Mme GUILBEAU-FRUGIER C.	Anatomie Pathologique
Mme HITZEL A.	Biophysique	Mme INGUENEAU C.	Biochimie
M. IRIART X.	Parasitologie et mycologie	M. LAHARRAGUE P.	Hématologie
M. JALBERT F.	Stomato et Maxillo Faciale	M. LEANDRI R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. KIRZIN S	Chirurgie générale	M. LEPAGE B.	Biostatistique
Mme LAPEYRE-MESTRE M.	Pharmacologie	M. MARCHEIX B.	Chirurgie Cardio Vasculaire
M. LAURENT C.	Anatomie Pathologique	Mme MAUPAS F.	Biochimie
Mme LE TINNIER A.	Médecine du Travail	M. MIEUSSET R.	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ R.	Anatomie	Mme PERIQUET B.	Nutrition
M. MONTOYA R.	Physiologie	Mme PRADDAUDE F.	Physiologie
Mme MOREAU M.	Physiologie	M. RIMAILHO J.	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire	M. RONGIERES M.	Anatomie - Chirurgie orthopédique
M. PILLARD F.	Physiologie	Mme SOMMET A.	Pharmacologie
Mme PRERE M.F.	Bactériologie Virologie	M. TKACZUK J.	Immunologie
Mme PUISSANT B.	Immunologie	M. VALLET P.	Physiologie
Mme RAGAB J.	Biochimie	Mme VEZZOSI D.	Endocrinologie
Mme RAYMOND S.	Bactériologie Virologie Hygiène		
Mme SABOURDY F.	Biochimie		
Mme SAUNE K.	Bactériologie Virologie		
M. SOLER V.	Ophtalmologie		
M. TAFANI J.A.	Biophysique		
M. TREINER E.	Immunologie		
Mme TREMOLLIERES F.	Biologie du développement		**M.C.U.**
M. TRICOIRE J.L.	Anatomie et Chirurgie Orthopédique	M. BISMUTH S.	Médecine Générale
M. VINCENT C.	Biologie Cellulaire	Mme ROUGE-BUGAT ME	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr STILLMUNKES A.
Dr BRILLAC Th.
Dr ABITTEBOUL Y.

Dr ESCOURROU B.
Dr BISMUTH M.
Dr BOYER P.
Dr ANE S.

Septembre 2013

Remerciements

Je remercie M. le Professeur Jean-Philippe Raynaud qui me fait l'honneur de présider ce jury de thèse. J'ai apprécié pendant mes années d'Internat la richesse et le dynamisme de son unité d'enseignement.

Je remercie M. le Professeur Laurent Schmitt qui me fait l'honneur de bien vouloir être membre de mon jury. J'ai eu la chance de profiter de son accompagnement bienveillant et pertinent pendant ces années d'Internat.

Je remercie Mme le Professeur Florence Askenazy pour l'honneur qu'elle me fait de bien vouloir être membre de mon jury. Je la remercie de m'avoir ouvert le chemin vers la psychiatrie et la psychanalyse dès ma première année de médecine.

Je remercie Mme le Docteur Nicole Catheline, pour avoir accepté de diriger mon travail de thèse et pour m'avoir accueillie dans son service en inter-CHU. J'ai passé 6 mois très enrichissants à ses côtés.

Je remercie Mme le Docteur Barbara Bernheim pour l'honneur qu'elle me fait d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai été ravie d'être à ses côtés pour mon premier stage d'interne et d'avoir pu profiter de son expérience dans les thérapies familiales.

Je remercie Mme le Docteur Katia Journot-Reverbel, de me faire l'honneur de faire partie de mon jury. Elle a été ma co-interne et reste un modèle pour moi de rigueur et de sérénité dans son travail.

Je remercie Mme le Docteur Julie Rieu, de me faire l'honneur d'avoir accepté de siéger à mon jury en tant que membre invité. J'apprécie particulièrement sa finesse clinique et son désir de transmettre son savoir-faire et son savoir-être auprès des patients.

Je remercie le Dr Chabaud qui m'a apporté une aide très précieuse pour l'étude statistique et qui a su qu'il me fallait un logiciel danois pour mener à bien mon travail.

Je remercie ma famille : mes parents (professeurs!) qui m'ont toujours soutenue dans mes choix de vie; ma grande sœur, fidèle acolyte ; ma grand-mère, et les rêves qu'elle a pour nous ; ma marraine et mes chères tantes Marie-Hélène et Marie-Anne. Je pense aussi avec émotions à Grand-père, Mamie, Opa, Georges et Jean-François.

Je remercie évidemment Anders, « mon amour » qui me soutient sans failles et grâce à qui je franchis les étapes importantes de ma vie. Et je remercie également Berrit, Arne, Line, Johan et Asger pour les bons moments partagés avec une mention spéciale pour les merveilleuses vacances de milieu de thèse en Norvège.

Je remercie mon amie d'enfance, ma meilleure amie, encore à mes côtés ce soir comme depuis 29 ans, Anne-Sophie et sa maman Bernadette.

Je remercie le clan des 7 (mon chéri, Mélodie, Céline, Marine, Pierre, Aurélien) nos super soirées, nos virées (Beaulieu, les Angles…) et nos moments forts en particulier le mariage de Céline et Pierre et la naissance de Sylvain !

Je remercie mes colocs de Poitiers et amis, Caroline et Damien qui se sont vraiment investis dans ce travail !

Je remercie tous mes amis d'études de Nice pour leur soutien et les merveilleux moments partagés: Camille et PPD, Lucille, Arnault et Maël, Hélène, Florence, Estelle, Benoît, Benjamin, Sabrina et les autres. Merci au Dr Marty qui nous a permis de partir en stage à Hanoï et à Montréal.

Je remercie les internes en psychiatrie de Toulouse : ma super promo (Amélie, Anaëlle, Diane, Elodie, Emilie, Florence, Julie, Juliette, Leslie, Louisa, Marc, Marie, Raphaël), Marie (qui m'a accompagnée tout au long de mon internat, un peu comme une grande sœur entre délire et sérieux), Leslie et Amandine (pour l'harmonie qui s'est créée lors du stage partagé à l'UF2), Aurélia (pour les virées en aviron et les bons petits repas), Stéphanie, Lara, Céline, Laureen, Amalia, Abel, Elodie, Matthieu, Audrey, Sarah, Laetitia, Vincent et tous les autres !

Je remercie les équipes qui m'ont entourée dans chaque stage de mon internat. Si je devais recommencer mon internat je ne changerais rien. J'ai appris énormément à votre contact et partagé beaucoup d'émotions :

- L'APJA à L'hôpital La Grave
- L'UF4 à Casselardit
- Le Secteur 4 au CHS Marchant
- La Guidance Infantile : maternité Ambroise Paré et le CMP Empalot
- La PMI de Soupetard et les Sages-femmes (Sylvie, Marie-Pierre, Marine, Mireille)
- L'UF2 à Casselardit puis au Nouveau bâtiment de Psychiatrie
- Mosaïque au CH Henri Laborit
- L'hôpital de Jour de la MGEN (Merci Madeleine pour la relecture !)

Je remercie bien évidemment les patients de 0 à 95 ans, c'est par eux que j'ai le plus appris et je me réjouis à l'idée de toutes les rencontres à venir.

Tables des matières

Introduction

La phobie scolaire, également appelée refus scolaire anxieux, est une problématique sociétale reconnue. Elle constitue actuellement 5% des motifs de consultations en pédopsychiatrie et touche 1 à 2% de la population d'âge scolaire.

Le refus scolaire anxieux peut apparaître à tout âge, mais certains âges de transition dans le parcours scolaire sont plus propices à son éclosion. Certains auteurs décrivent une survenue possible à l'entrée au cours préparatoire, vers 6 ans, mais la période de l'adolescence semble la plus sensible. Le collège est un passage obligé avant une éventuelle orientation professionnelle. C'est à ce niveau que l'on observe deux pics de fréquence: à l'entrée en sixième, vers 11 ans, et en quatrième, vers 13-14ans. Ces âges coïncident avec des étapes de maturation somatopsychique, comme l'accès au raisonnement hypothético-déductif.

L'école est le premier lieu social extérieur imposé à la famille. L'enfant, via l'école, fait communiquer la famille avec la société. Il y a par l'école un échange de savoir-faire et de modes relationnels. L'école sert ainsi d'ancrage social pour la famille. De fait, la phobie scolaire met en question la sphère de l'école, de la famille et la rencontre des deux.

La phobie scolaire est une angoisse massive à l'idée d'aller à l'école. Elle se manifeste souvent au moment du départ de la maison par une attaque de panique, qui ne cède que si l'enfant est assuré de pouvoir rester à la maison. Le moment du départ à l'école devient de plus en plus problématique et cristallise l'angoisse et l'énervement de toute la famille.

Le terme de refus souligne la dimension relationnelle du trouble. Nous pouvons nous demander à qui s'adresse ce refus. La violence de la crise au moment du départ de la maison, laisse les parents impuissants dans leur fonction éducative. Le caractère phobique de l'enfant, repéré dans le cadre scolaire, vient souvent faire contraste avec un comportement autoritaire, voire tyrannique, dans le cadre familial. L'enfant semble se complaire dans une forme d'emprise sur ses parents.

Un événement déclenchant apparent est souvent donné en explication pour le début du trouble: retour de vacances, déménagement, départ d'un autre enfant, maladie somatique de l'enfant ou d'un parent, conflit avec un élève ou un professeur. Cet événement sert souvent de

prétexte et vient masquer une cause plus profonde. Une étude australienne de 2001, portant sur 192 adolescents accueillis pour refus scolaire, retrouve 43% de conflit familial à l'origine du trouble (McShane et al. 2001).

Plusieurs articles font mention d'un schéma familial récurrent en cas de phobie scolaire. Il est décrit classiquement une mère fusionnelle-ambivalente et un père absent. L'expérience relationnelle au sein de la famille rendrait incompatible attachement et exploration. Les liens relationnels fragiles au sein de la famille font redouter la coappartenance à différents groupes. L'autonomisation de l'adolescent semble alors entravée.

L'époque actuelle fait que les parents ne sont plus dans un désir de bonheur personnel mais placent leur quête de bonheur et de réussite sur leur enfant. L'adolescent peut n'être vécu par le parent que comme un prolongement de lui-même et être investi d'une mission. Cette parentalité porteuse d'estime de soi, associée à la baisse de la natalité, font endosser à l'adolescent une plus grande responsabilité quant au bien-être de ses parents. L'adolescent peut se trouver ainsi empêché dans son processus d'individuation.

Par ailleurs, l'influence du milieu d'appartenance de l'enfant est majeure sur son développement scolaire. Le modèle des parents conditionne en partie l'investissement que peut avoir l'adolescent dans sa scolarité. Les facteurs qui peuvent influer sont le niveau socio-professionnel des parents, leur propre intérêt vis-à-vis des apprentissages et leur fonctionnement plus ou moins en marge de la société (Dessoy 2004).

En systémie, la notion d'homéostasie familiale est fondamentale. Elle part du postulat que la famille fonctionne comme un système qui s'équilibre par le comportement de chaque membre. Le changement de position dans les rôles, établis implicitement, peut entrainer une crise familiale. Le symptôme sert de tentative pour dégager la famille d'une crise qui la menace, en particulier lors de l'autonomisation de l'adolescent. La famille peut avoir une position ambivalente entre le désir de voir céder le symptôme et le souhait de statu quo. La persistance du symptôme dans la famille tient donc d'une certaine coopération. Un adolescent peut être poussé à se menacer lui-même dans le but de préserver la survie du groupe familial. Le terme de « patient désigné » illustre ce phénomène.

Nous faisons l'hypothèse que la famille est impliquée dans la phobie scolaire de l'adolescent à plusieurs niveaux. Nous souhaitons tester un outil d'investigation des relations

au sein du système familial en cas de phobie scolaire et ainsi mettre en évidence des liens entre le fonctionnement familial et la présence d'une phobie scolaire chez l'adolescent. Cette hypothèse, si elle est vérifiée, viendrait conforter l'idée actuelle d'un nécessaire accompagnement spécifique de la famille dans les soins. Nous avons réalisé cette étude clinique sur un lieu de stage spécialisé dans la prise en charge de la pathologie qui nous intéresse. Cette étude étayera notre réflexion et illustrera les conclusions théoriques de la première partie.

Cas clinique

En avant-propos, nous allons exposer brièvement le cas clinique d'un jeune garçon qui a inspiré ce travail.

Présentation générale

Nous avons rencontré Alexandre[1], onze ans lors d'un stage en CMP[2]. Il était alors élève en sixième et présentait un refus scolaire depuis le retour des vacances de la Toussaint. Rapidement après le début de l'année scolaire de sixième, Alexandre avait mis en avant des difficultés relationnelles avec ses camarades. Son angoisse se manifestait par des douleurs abdominales, des céphalées, des difficultés de concentration. Alexandre avait un sentiment de rejet et se plaignait que les autres élèves l'agressaient verbalement et physiquement. Le refus de se rendre au collège a persisté malgré l'initiative des parents de remettre Alexandre dans une institution privée où il avait fait ses années de primaires jusqu'au CM1.

Eléments biographiques

Le père est ouvrier d'entretien et la mère travaille dans une agence de voyage. Alexandre est fils unique. Il porte le nom de jeune fille de sa mère. Le père a eu peur que son nom à consonance arabe porte préjudice à Alexandre en termes de stigmatisation et de rejet.

La grossesse et l'accouchement se sont bien passés. La mère fait une fausse couche tardive à 4 mois l'année précédant la naissance d'Alexandre. Alexandre est décrit comme un

---

[1] Le prénom a été modifié

[2] Un Centre Médico-Psychologique est une structure sanitaire qui constitue le dispositif de consultation et de soins ambulatoires des services intégrés à un secteur de psychiatrie (infanto-juvénile ou adulte).

bébé difficile à calmer, qui réclame d'être porté continuellement dans les bras. La garde chez une nounou se révèle très difficile, Alexandre pleure en continu lorsque ses parents ne sont pas auprès de lui. Le père décide alors de s'arrêter de travailler pendant la première année de vie d'Alexandre.

Alexandre entre à l'école maternelle à 2 ans et 4 mois sans difficultés. Il aime beaucoup l'école et y va volontiers pendant tout le primaire. Il est bien intégré et a beaucoup de camarades. L'investissement scolaire est de bonne qualité et les résultats sont bons.

Depuis le début de l'adolescence, Alexandre se montre très opposant et provoque sans arrêt des conflits avec ses parents. Il les attaque perpétuellement de façon provocante. Il se montre intolérant à la frustration. Il négocie sans cesse les positions éducatives de ses parents dans le but d'obtenir des bénéfices. Il le fait avec finesse du fait de ses bonnes capacités intellectuelles.

Alexandre, malgré l'arrêt complet de l'école, maintient une activité sportive en club (le rugby) et continue à rencontrer épisodiquement ses camarades.

Antécédents personnels et familiaux

Alexandre présente une énurésie nocturne primaire, qui a récidivé à l'arrêt du traitement par desmopressine (hormone anti-diurétique). Alexandre est également en surpoids dans le cadre d'un comportement alimentaire perturbé. Il bénéficie d'un suivi chez un endocrinologue.

Depuis quelques mois, le père présente des problèmes de santé à répétition, qui inquiètent beaucoup Alexandre. Suite à un traitement par Interferon pegylé pour une hépatite C, le père présente un syndrome dépressif. La grand-mère paternelle a fait plusieurs tentatives de suicide. Certains frères du père sont décrits comme marginalisés.

Les entretiens

En entretien, Alexandre est de bon contact, il parle facilement et fait preuve d'un bon niveau de réflexion. Il affiche une certaine aisance de façade malgré une angoisse diffuse palpable. Alexandre banalise ses difficultés et colle beaucoup au discours de son père. On remarque ses stratégies d'évitement de son angoisse.

Nous découvrons au fil des entretiens que le père a pu avoir un rôle maternant, il dit en consultation « J'ai porté Alexandre pendant 9 mois ». A un autre moment au sujet de la nourriture déséquilibrée, il dit en avoir assez de faire des efforts pour un enfant qui n'en fait pas lui-même.

Par les conflits familiaux qu'Alexandre provoque, il reste ainsi au centre des préoccupations parentales. Les parents alternent entre des positions de protection et de rejet qui aboutissent à un sentiment d'épuisement.

La prise en charge

Un bilan psychologique est proposé et retrouve une structure de personnalité fragile de type limite. Un bilan psychomoteur met en évidence des difficultés d'orientation dans l'espace.

En réponse à la nécessité de travail avec les parents, il est proposé des entretiens réguliers avec le pédopsychiatre et l'assistante sociale, qui reçoivent la famille en binôme.

Un travail éducatif en groupe est initié mais est brutalement interrompu après quelques séances. Le père explique son opposition en réclamant une psychothérapie individuelle qui est, d'après lui, plus adaptée au problème de son fils. L'instabilité et la réactivité des positions parentales entravent la prise en charge. Alexandre n'arrivait pas à s'engager dans un processus thérapeutique, déniant ses difficultés et recherchant en permanence la complicité et la validation de ses parents.

Le soin en CMP arrive à ses limites. La seule proposition d'une hospitalisation mobilise suffisamment Alexandre pour amorcer un projet de reprise progressive des cours…

Cette présentation clinique nous permet d'identifier quelques problématiques que nous allons développer par la suite.

- Les remaniements au sein des relations familiales lors de l'adolescence
- Les mutations sociétales concernant les représentations familiales
- La symptomatologie de la phobie scolaire et ses paradoxes
- Les troubles associés
- Les processus psychopathologiques sous-jacents (l'angoisse, la phobie, l'attachement)
- Une pathologie émergente de l'adolescent
- Les difficultés de la prise en charge
- L'implication des parents dans le soin
- La position délicate des parents face au refus scolaire de leur enfant

<u>Réflexions théoriques</u>

A. L'Adolescence

La phobie scolaire signe généralement une entrave dans le processus normal de l'adolescence. La problématique est d'autant plus complexe dans cette période de développement. Nous allons commencer par étudier les remaniements dus à l'adolescence pour essayer de comprendre à quel niveau se fait le blocage.

I. Les processus de l'adolescence

L'étymologie du terme adolescence vient du latin « adolescere » qui signifie grandir. Il s'agit d'une période de changements multiples : biologiques, physiques, psychiques et affectifs. L'adolescence correspond à une exigence de « travail psychique » inhérente au développement de tout être humain. Classiquement, elle se délimite de l'âge de 11 à 18 ans, même si le repérage d'une fin est très subjectif. L'allongement de l'adolescence entraîne une dissociation croissante entre la puberté, étape physiologique de maturation, et l'étape purement psychosociale de l'adolescence. La puberté perd ainsi de son importance du fait de la maturation plus tardive des adolescents sur le plan sociétal (Jeammet and Corcos 2010). Par des dosages hormonaux ou par l'âge osseux radiologique, il est possible de déterminer l'avancement pubertaire au niveau somatique. Cependant il n'y a pas forcément de corrélation avec le stade de développement psychologique, qui varie selon le degré de maturité propre à l'individu.

a. La puberté

Les différents stades du développement pubertaire au niveau corporel ont été décrits par J.-M. Tanner (Annexe 1). Il y a 3 chapitres: la pilosité pubienne (stades spécifiques pour les filles et les garçons), les organes génitaux externes (pour les garçons) et le développement mammaire (pour les filles). Le facteur déclenchant de ces changements est la puberté. Il n'y a pas d'âge précis qui en fixe le début. Les modifications corporelles, subies par l'adolescent, impliquent la perte d'une image corporelle stable. L'adolescent est mal à l'aise dans ce corps en changement. Cette perte de familiarité avec son propre corps se manifeste par une

maladresse et une gaucherie qui compliquent d'autant les interactions avec autrui. L'adolescent se retrouve en position de passivité face à ce corps en changement, ce qui majore l'angoisse. L'adolescent oscille entre la nécessité de se transformer et la peur qui en résulte.

Chez la fille, les changements corporels majeurs sont l'apparition des menstruations, le développement des seins et l'élargissement du bassin. Chez le garçon, il s'agit du développement de la verge et du scrotum, la mue et l'élargissement des épaules. Dans les deux sexes, il y a l'apparition de la pilosité liée aux hormones sexuelles et qui s'accompagne aussi d'une augmentation de la sudation. Chez la fille, la proportion de masse grasse devient plus importante tandis que chez le garçon c'est la masse maigre qui augmente avec le développement de la musculature. La croissance se fait à un rythme différent selon le sexe : en 5 ans, les garçons vont doubler leur poids et grandir de 23 à 26cm, les filles vont prendre environ 20kg pour 20 cm.

L'hypophyse joue un rôle primordial en passant à une sécrétion pulsatile de GnRH sous l'influence de l'hypothalamus. Cette sécrétion organisée active alors la sécrétion des hormones au niveau des glandes sexuelles et surrénales. Cette activité hormonale permet la mise en place du cycle menstruel chez la fille, avec l'ovulation. De la même façon s'enclenche la spermatogenèse chez le garçon. L'adolescent acquiert la capacité de reproduction. « Directement lié au développement hormonal, l'instinct sexuel fait un bond en avant » (Mannoni 1989).

Avec la puberté, l'adolescent accède à un corps apte à mettre en œuvre ses pulsions, qu'elles soient sexuelles ou agressives (Jeammet and Corcos 2010). Le corps pubère sexué renvoie à l'adolescent l'idée qu'il est le fruit de l'union de ses parents. Cette évidence de la scène primitive est difficilement tolérable. La relation que l'adolescent noue avec son corps est un bon reflet de la qualité du lien qui s'est établi avec les objets parentaux dans la petite enfance. Le corps sexué de l'adolescent devient dangereux car il est une représentation du corps incestueux parental. L'adolescent est très ambivalent par rapport à son corps. Il oscille entre hyperinvestissement et rejet de ce nouveau corps. Les exemples d'attaque du corps sont multiples dans la clinique de l'adolescent.

Les réaménagements de la puberté bousculent les repères psycho-corporels. Cette crise comme tout grand changement réactive des problématiques auto-érotiques pré-oedipiennes

(orales et anales) avec une acmé de l'ambivalence. Les mécanismes de défense les plus archaïques sont à nouveau sollicités : clivage, projection, idéalisation. D'après Birraux, l'adolescence s'accompagne d'un épisode projectif, « phobique au sens large du terme ». L'adolescent attribue à l'autre les éprouvés qu'il n'est pas en mesure de s'approprier (Birraux 1995).

b. La reviviscence du conflit œdipien et le narcissisme

Le conflit œdipien prend une nouvelle dimension face à l'émergence de la sexualité génitale. Le complexe d'Œdipe ne peut véritablement se conclure qu'à l'adolescence. La levée du refoulement des désirs infantiles rend la proximité des objets de fantasme incestueux et parricidaires très menaçante. L'effort de mise à distance des objets parentaux pousse l'adolescent à se recentrer sur lui-même, d'où un surinvestissement narcissique (Jeammet and Corcos 2010).

L'adolescence est la période où surgit la critique possible des fonctionnements parentaux. Elle empêche ainsi la reproduction des schémas familiaux à l'identique. Il s'agit d'un temps indispensable qu'il ne faut pas bousculer (Rey and Gaillard 2001). L'adolescent oscille entre la nécessité de renforcer ses assises narcissiques et la crainte de rivalité avec les imagos parentales. L'adolescent qui a peur de l'école, peut se sentir menacé du fait de dépasser la figure parentale du même sexe ou tout au moins d'entrer en rivalité avec lui (Cordié 2002). Les professeurs incarnent également cette image parentale (Catheline 2010) à laquelle il est compliqué de se mesurer.

Lebovici souligne que la phobie scolaire est la manifestation d'une pathologie névrotique dont les symptômes sont peu élaborés renvoyant à une phase psychoaffective pré-œdipienne (Chiland and Young 1990). Sous la pression biologique et psychologique de la puberté, le risque est, que ces adolescents soient empêchés de progresser et au contraire tentés de régresser à des stades pré-œdipiens (Sperling 1967).

L'adolescent aujourd'hui a un narcissisme plus fragile. Il est exposé à la libération des mœurs, l'effacement des limites intergénérationnelles et d'un autre côté à une exigence croissante de réussite individuelle (Jeammet and Corcos 2010). Cette demande des parents concernant la réussite scolaire vient questionner l'adolescent sur le sens que cela prend pour eux. L'adolescent s'inquiète du désir de ses parents et de la place qu'il garde dans leurs

fantasmes. Un manquement dans cette recherche de réussite peut conduire à la phobie de la situation qui a provoqué la déception et la souffrance (Cordié 2002). Le sentiment de malaise et de peur crée le besoin de maîtrise. L'adolescent reprend le dessus en marquant son refus. Cette conviction d'être mieux en restant à la maison, se maintient par le soulagement apporté par l'évitement de la situation redoutée. Cependant, ce semblant de maîtrise, en se prolongeant, enferme l'adolescent dans une situation où sa liberté se trouve réduite.

c. Les pertes, les deuils et les séparations

Anna Freud remarque la première, une similitude entre l'adolescence et les périodes de ruptures sentimentales et de deuil. L'adolescent renonce à ses rêves infantiles, il désinvestit les objets liés à l'état d'enfant dépendant. La libido doit se détourner des objets parentaux. Une phase de vacuité plus ou moins longue fait suite avant l'investissement de nouveaux objets. Cette transition « flottante » peut laisser l'adolescent quelque peu désemparé. Les réactions sont diverses : élan narcissique ou sentiment de vide pouvant aller jusqu'à l'effondrement dépressif (Jeammet and Corcos 2010).

L'adolescence s'inscrit dans le corps, elle échappe alors au pouvoir de maîtrise du Moi, qui est un acquis de la phase de latence, également appelée « l'âge de raison » (Jeammet and Corcos 2010). L'incertitude des désirs et des transformations corporelles rend la puberté, pour certains, insupportable.

L'adolescent se rend compte qu'il est en capacité de réaliser ses désirs. Un échec dans l'accession à ses désirs entraine alors un sentiment d'inadéquation, d'impuissance et d'incapacité. En réponse l'adolescent va mettre en place des mesures pour se protéger (Selvini 2008). Le refus scolaire est un moyen de reprendre le pouvoir. C'est l'expression symptomatique d'une recherche de sécurité et de pouvoir. Elle sert de défense contre l'impuissance, l'inadéquation et donc contre l'angoisse. Jeammet dit à propos de l'adolescence : « ce dont j'ai besoin est ce qui me menace ».

Deux processus ont lieu à cet âge charnière : le reniement de l'enfance et la quête de reconnaissance du statut d'adulte. Par le refus scolaire, certains adolescents expriment une désertification de leur désir d'être. Ils ne veulent plus être des enfants et n'acceptent pas encore l'idée d'être adulte (Huerre 2010). Ils fuient alors toute perspective d'autonomisation. Leur crainte de devenir adulte les pousse à rester en « stand-by » et les empêche d'évoluer.

L'adolescent doit renoncer aux sentiments de toute-puissance, et d'omnipotence propres à l'enfance, pour accéder à une pensée adulte et remettre en questions les concepts appris pour accéder au raisonnement hypothético-déductif[1], décrit par Piaget.

Nous savons qu'à l'adolescence les figures parentales sont désidéalisées. Mais à ce deuil douloureux s'ajoute, le deuil de l'enfant idéal. Enfant idéal que l'adolescent a rêvé d'être, et que les parents ont imaginé.

L'adolescent abandonne les investissements infantiles dont peut faire partie l'objet scolaire. L'apprentissage scolaire est alors connoté d'une soumission aux parents ou leurs équivalents, personnel du collège (Brandibas 2007). Le refus peut s'inscrire dans un rejet plus général des valeurs familiales.

II. Les mutations sociétales

La période de l'adolescence s'est considérablement allongée. L'adolescent a actuellement un statut collectivement protégé qui maintient un semblant d'irresponsabilité. L'affaiblissement des interdits et l'accroissement des exigences de performance et de réussite personnelles favorisent l'expression des inquiétudes narcissiques, qui étaient auparavant tues. Auparavant, l'équilibre narcissique était maintenu par l'étayage et le consensus du groupe (Jeammet and Corcos 2010).

a. L'évolution de la place de l'adolescence

Les sociétés archaïques utilisent les rites initiatiques pour accompagner l'adolescent dans sa mutation. Les changements subis par l'adolescent sont ainsi extériorisés avec l'aide du groupe qui en codifie la représentation. Pour passer au statut d'adulte, il est obligatoire de changer de territoire et de s'éloigner de ses figures familières. Un certain nombre d'épreuves physiques doit être accompli. Le corps est mis en jeu et va recevoir la marque du changement d'appartenance. La menace du changement, alors matérialisée devient plus maîtrisable (Jeammet and Corcos 2010). La parole est le moyen de remplacer le recours à une figuration

[1] Capacité à déduire des conclusions à partir d'hypothèses et plus seulement à partir de l'observation directe du réel.

concrète. L'entourage a besoin d'aider l'adolescent à comprendre le sens de ses transformations. L'adolescent doit pouvoir exprimer son ressenti à un adulte bienveillant.

L'adulte ne peut pas se retirer complètement du processus d'adolescence sous prétexte de libéralisme. Si l'adolescent se sent abandonné et confronté seul aux réalités adultes, cela peut l'amener à des réactions de révolte. Le désinvestissement des adultes pourrait être en lien avec l'exacerbation de violence chez certains adolescents, qu'elle soit auto-agressive (scarifications, tentative de suicide, conduites à risque, décrochage scolaire) ou hétéro-agressive.

Dans nos sociétés occidentales, plusieurs rituels de passage ont progressivement disparus, qu'ils soient religieux ou non : la première communion, le mariage, le service militaire, les rituels festifs familiaux…(Gaillard 2012).

L'accès à des études supérieures est devenu la norme et le gage pour un avenir socio-professionnel reconnu. L'exigence narcissique toujours plus forte coupe les adolescents de leur besoin affectif, poussant à un fonctionnement plus opératoire. Cette symptomatologie convient à une nouvelle société qui valorise le rendement et les relations superficielles (Jeammet and Corcos 2010). Le développement scientifique renforce l'idée que les choses ont de la valeur si elles sont maîtrisables et reproductibles.

Le chômage et la crise dont les adolescents entendent beaucoup parler, leur font penser que l'école ne les mène à rien et qu'ils seraient plus actifs à l'extérieur. De plus, l'ouverture d'accès aux médias pousse le jeune au fonctionnement autodidacte, la recherche d'information ne dépend plus du parent ou de l'enseignant (Hayez and Lazartigues 2003).

b. Vers une disparition de la hiérarchie dans les familles

La loi n°70-459 du 4 juin 1970 a fait passer l'autorité paternelle à l'autorité parentale d'où une famille égalitaire. La hiérarchie est annulée dans le couple et estompée entre les générations. Par ailleurs, la négociation a pris place dans la famille. Cette nouvelle autorité « conversationnelle » enlève l'avantage de l'âge aux parents (Gaillard 2012).

L’autorité paternelle en place au XXème siècle, repose sur les interdits castrateurs. Les règles sont imposées en force à l’enfant à partir de l’âge de 3 ans. La soumission silencieuse de l’enfant est de mise. L’autorité actuelle se fait sur un mode « maternel ». Cette autorité doit se mettre en place avant l’accession au langage. Elle respecte le développement autonome du bébé. C’est seulement dans un souci de protection, que sont posés des « non-négociables ». Gaillard, en énumère trois : l’heure du coucher pour assurer les besoins en sommeil, les actes violents sur autrui (maman, papa, la fratrie) et les mises en danger de soi. Dans la suite logique, l’enfant est habitué à négocier toute autre demande des adultes. L’acte de réflexion favorisé par ce mode d’autorité peut être vu comme de l’insolence. La structure donnée par l’application des « non-négociables » évite normalement l’émergence « d’enfants-rois ». L’autorité de mode maternel est applicable aussi bien par la mère que par le père (Gaillard 2012). Cette adaptation des pères gênent souvent les mères qui leur reprochent d’être trop « coulants », voire défaillants par rapport à leur rôle traditionnel.

Schmit et Wawrzyniak identifient quatre périodes dans l’évolution de la fonction paternelle vis-à-vis de l’adolescent :

- La horde primitive avec le père castrateur
- La fonction éducative partagée par l’ensemble du groupe
- La période de l’adolescence romantique où le père est mis à distance face à cette crise considérée comme personnelle.
- Et actuellement, un affaiblissement de la fonction paternelle dans une famille nucléaire, avec moindre différenciation des rôles (Schmit and Wawrzyniak 2000).

L’autorité est fixée par la société. L’évolution de la société actuelle transfère l’autorité de mode paternel, c'est-à-dire venant de l’extérieur, à une autorité émanant de l’individu lui-même. Cette autorité sur soi est, contrairement aux apparences, beaucoup plus sévère, astreignante, et a tendance à affaiblir la confiance en soi (Gauchet 2010).

La phobie scolaire est pour Delaroche, un symptôme à caractéristiques éminemment sociales à rapprocher d’une certaine carence de la fonction paternelle. Celle-ci modifie d’après lui quelque peu la symptomatologie de l’adolescent sans en modifier la structure (« il n’y a pas plus de psychotiques »). En revanche, il constate qu’il y a une fréquence accrue de troubles du comportement, scarifications, dépressions, addictions et phobies scolaires (Huerre

2010). D'après Gauchet, le modèle des familles monoparentales a assis l'idée que le « père est un adjuvant pas du tout nécessaire » (Gauchet 2010). Il est difficile pour le jeune, du fait de la défaillance de l'instance paternelle, de se désengager de l'axe œdipien réactualisé à l'adolescence (Catheline 2012). La relation à la mère reste très ambivalente à la fois fusionnelle et agressive car la séparation ne peut pas se faire d'une manière apaisée grâce à l'intervention du père.

Le chef de famille, figure paternelle forte, le porteur de la responsabilité familiale vis-à-vis de la société entière a disparu (Gauchet 2010). Le professeur ne peut plus, de la même manière, s'appuyer sur l'autorité « patriarcale » pour conduire sa classe. Le groupe sert de substitut au père avec l'essor du culte du rassemblement (Dolto 2003). Par conséquent, les professeurs sont obligés de modifier leur rapport au groupe classe sur un mode d'échange plus horizontal. « L'autorité de mode vertical » n'est plus évidente pour les adolescents de nos jours. Ils s'adressent à chacun sur le même mode, quels que soient la position ou l'âge de leur interlocuteur. L'égalitarisme est la nouvelle référence pour eux et les rapports sont horizontalisés (Gaillard 2012). Cette nouvelle norme d'égalité implique un respect mutuel. Les adolescents attendent donc que ce respect s'applique quel que soit le pouvoir fonctionnel de la personne en face.

La rupture de continuité trans-générationnelle avec les grands-parents fragilise les objets parentaux et rend difficile l'individuation du jeune adulte (Monneyron 2012). Les familles recomposées, « polynucléaires », complexifie encore la hiérarchie entre les générations. Si les adultes se redistribuent tant bien que mal les rôles, ceux-ci ne concordent pas nécessairement avec ceux que leur attribuent les enfants. La situation d'un beau-parent proche en âge de l'adolescent engendre une excitation qui met à l'épreuve l'interdit de l'inceste (Goldbeter-Merinfeld 2011).

Moins les générations sont délimitées et hiérarchisées, plus cela favorise une complicité qui peut prendre un caractère incestuel[1]. Les parents laissent transparaître de façon excessive leurs états émotionnels ne préservant pas la différence de génération. La période de

---

[1] Notion décrite par Racamier : « L'incestuel est un climat où souffle le vent de l'inceste, sans qu'il y ait inceste ».

l'adolescence coïncide souvent avec la crise du milieu de la vie pour les parents. Les problématiques entrent en résonnance, ce qui favorise encore la confusion des générations.

Il y a aujourd'hui moins d'opposition, d'hostilité ouverte des adolescents vis-à-vis de leurs parents. Les adolescents préfèrent rester chez leurs parents tout en les critiquant mais en adoptant une attitude passive d'observateur. Les conflits entre les générations ont fait place à une neutralité des rapports et donc à une certaine indifférence (Dolto 2003).

c. Le sujet et le désir aujourd'hui

Le rôle symbolique du père castrateur s'atténuant, la quête du « phallus » perdu n'a plus vraiment raison d'être. Par l'arrêt de cette quête insatiable, la source du désir semble tarie (Gaillard 2012). Cette théorie rejoint l'image véhiculée par les médias d'une jeunesse désabusée et sans élan.

La position originelle imaginaire est celle d'objet venant combler l'autre maternel. Si le père existe dans le désir maternel, il joue son rôle de tiers séparateur et permet au sujet de s'individuer. Cette triangulation est organisatrice du désir propre du sujet et de sa vision personnelle du monde (Huerre 2010). Cette figure paternelle peut prendre différents visages. Aujourd'hui, l'enfant qui nait est « enfant du désir ». Il est très difficile pour lui de se distancier de ce désir qui soutient son identité (Gauchet 2010).

Les parents évitent de plus en plus d'entrer en conflit avec leur adolescent empêchant sa quête, parfois violente mais nécessaire, d'autonomie (Jeammet and Corcos 2010). L'adolescent est interdit dans sa recherche d'un monde qui lui soit propre et non confondu avec celui de ses parents. Si l'adolescent est amené à se soumettre aux désirs de ses parents, il disparait en tant que sujet. La possibilité donnée aux jeunes de choisir un mode de vie différent de celui de leurs parents est un phénomène sociétal récent. L'adolescent a pour but de se construite comme sujet de son désir, se détachant de celui de sa famille d'origine. L'exercice est difficile car il ne peut pas pour autant, renier son appartenance.

Les adolescents ont besoin de se lancer dans des projets utopiques. Les adultes, et en particulier les parents, ne doivent pas les arrêter en leur renvoyant de façon écrasante, le caractère irréalisable et impossible. Le projet de l'adolescent est nécessairement lointain pour l'aider à imaginer un autre monde que celui qu'il connait à présent, coincé par les contraintes

de son âge. Ce projet sert d'équivalent de fugue, mais dans une dimension sublimée. Il est très intéressant pour l'adolescent d'être tenu en haleine par un projet qu'il nourrit au quotidien. Il permet à l'adolescent de supporter l'état d'attente dans lequel il se trouve (Dolto 2003). L'attente existe du fait du décalage entre la maturité sexuelle physiologique et la maturité sexuelle véritable, accomplie. Cette attente semble déniée par les adolescents de la nouvelle génération. Le désir est remplacé par le besoin et requiert une satisfaction immédiate. Tout est vécu dans l'instantanéité (Gaillard 2012).

Le Surmoi s'efface progressivement au profit de l'Idéal du Moi. Cette exigence frénétique a pour conséquence une insatisfaction perpétuelle qui correspond au développement d'une société de consommation. L'exigence scolaire, « légitime » peut entrer en conflit avec l'exigence adolescente actuelle, d'épanouissement, où la contrainte est mal acceptée. (Jeammet and Corcos 2010). L'éducation prônée aujourd'hui dans les familles se veut dépourvue de contraintes, les parents n'assurent alors plus leur fonction de « pare-excitation ». Le Surmoi est peu efficace et laisse place à un Idéal du Moi peu socialisé, évoquant le Moi idéal tout puissant de la petite enfance (Hayez and Lazartigues 2003).

III. L'adolescent et son environnement

L'adolescence est un bouleversement pluriel, hormonal, affectif et cognitif. L'adolescent a besoin du soutien de sa famille mais également des autres adultes référents, comme les enseignants. L'adolescent est enclin à rechercher de nouvelles relations, par le groupe de pairs et par les adultes extérieurs à la famille. Le collège est le lieu privilégié pour encourager cette ouverture. Par le biais de ces nouvelles relations, le jeune construit son identité et s'oriente vers un avenir en autonomie. L'adolescence est un phénomène individuel. Cependant sa forme et son issue sont conditionnées par la culture d'appartenance. Dans l'autre sens, le déroulement de l'adolescence a également des répercussions sur l'organisation de la société.

a. La famille

La famille constitue le premier groupe d'appartenance naturel. Au-delà, chaque famille appartient à un groupe social plus large. La famille se réfère aux valeurs et rites de son

groupe social tout en gardant une histoire singulière qui la distingue des autres. On peut donc considérer la famille comme une subculture (Rey and Gaillard 2001).

L'adolescence est une période particulière où toutes les relations sont redéfinies. Les relations avec un fort potentiel affectif sont d'autant plus touchées. Le rapprochement affectif avec les parents est difficilement tolérable du fait de la résurgence des pulsions. L'adolescent est pris dans un phénomène d'attraction-répulsion qui se manifeste par des comportements d'opposition fréquents. La médiation avec une figure plus neutre affectivement facilite les échanges (Jeammet and Corcos 2010). Avec l'adolescence, toute l'organisation familiale se modifie pour passer d'un fonctionnement globalement centripète (relation privilégiée de l'enfant avec ses parents) à un fonctionnement obligatoirement plus centrifuge.

Les changements corporels, induits par le processus pubertaire, impliquent une réévaluation de la distance relationnelle avec les proches et une redistribution de l'espace familial. L'adolescent est pris d'un sentiment d'intrusion et d'omniprésence de ses parents, leur promiscuité devient insupportable. Avec la puberté, l'adolescent prend conscience en miroir du caractère sexué du corps de ses parents. Cette prise de conscience s'accompagne d'une réaction de rejet, voire de dégoût. « C'est l'époque où le familier est volontiers synonyme de repoussant » (Jeammet and Corcos 2010). Il est fréquent que l'adolescent se mette à critiquer le physique et les attitudes corporelles de ses parents. Il ne supporte plus d'appréhender leur sensorialité. L'adolescent va trouver refuge dans sa chambre pour éviter les espaces communs du foyer familial. Il investit aussi des espaces extrafamiliaux, souvent lieux de rencontres entre amis. La puberté est un phénomène précipitant pour l'émergence de conflits avec les parents. Les relations sont complètement redéfinies et ce remaniement se produit avec plus ou moins de « fracas ».

A. Braconnier et D. Marcelli parlent de « crise parentale » ou « crise de milieu de vie » en miroir de la crise de l'adolescence (Marcelli and Braconnier 2008), ces deux crises se potentialisant l'une l'autre. Le remaniement de la relation avec les parents résulte, selon cette théorie, de difficultés chez le jeune mais également chez ses parents. L'autonomie est compliquée pour les deux parties. Le couple parental se retrouve confronté à lui-même. Chaque parent remet aussi en question sa propre famille d'origine. Les parents sont fragilisés car ils ne sont plus les objets d'amour idéalisés. Ils ont tendance à résister face à cette menace

de perte et de vieillissement. Les perturbations constatées chez l'adolescent proviennent donc aussi des projections parentales. L'adolescent est imprégné du contexte familial.

Ce changement de rapport aux parents crée chez le jeune un sentiment d'insécurité. L'adolescent va alors à la fois rechercher une certaine proximité rassurante, mais aussi ne pas la supporter sous l'influence des tensions pulsionnelles. Le conflit peut éclater à tout moment. La souplesse de l'organisation familiale est très importante à ce moment. Des parents trop rigides vont risquer de ne pas répondre au besoin de réassurance de l'adolescent ou au contraire favoriser les mouvements de régression (Mannoni 1989).

La règle sociétale, qui veut favoriser l'autonomie de l'enfant, renforce le dilemme pour les parents entre hyperprotection et laisser-faire. Le parent a peine à se situer face à son adolescent (Gauchet 2010). Chaque collégien a aujourd'hui son téléphone portable. Il relie l'adolescent à ses parents. L'adolescent n'est plus pendant la journée de cours dans un espace qui lui est réservé. Les parents peuvent faire irruption en joignant leur enfant à un intercours directement sur son portable. Les parents restent dans la maîtrise à un moment où l'adolescent est censé échappé au regard et au contrôle du parent.

L'adolescent, pris dans un lien de dépendance avec l'un de ses parents, va se montrer tyrannique en sa présence pour le placer à son tour en situation de dépendance. Cela traduit un besoin de renverser l'emprise subie (Jeammet and Corcos 2010). L'adolescence constitue la deuxième phase d'opposition du développement affectif après celle du « non », qui se situe vers 2-3 ans. Il y a une remise en cause de l'équilibre familial. Plus l'adolescent est effrayé intérieurement par l'idée d'indépendance plus il va la revendiquer de manière bruyante, voire violente. « Les relations familiales sont le cadre de contestations et de réévaluations qui prennent parfois l'allure d'un conflit auquel les problèmes scolaires servent souvent répétons-le, d'abcès de fixation » (Mannoni 1989).

En cas de phobie scolaire, l'adolescent et ses parents sont pris dans une errance angoissante où l'avenir est incertain. Les parents sont préoccupés par les exigences scolaires et les incidences du passé sont esquivées (Huerre 2010).

b. *L'école*

L'école permet l'ouverture sur trois domaines : le savoir, l'enrichissement culturel et la dimension relationnelle. Elle ouvre le cadre familial et sert d'épreuve de réalité.

1. Généralités et historique

L'Ecole Républicaine, instaurée en 1882, a pour but de séparer l'enfant de la famille. La famille est accusée d'entretenir l'inégalité, la superstition et d'empêcher l'accès à la raison et à la science (Catheline 2012). Il existe une obligation de présence et s'assiduité. Elle est fixée actuellement jusqu'à l'âge de 16 ans. L'école a un double statut. Elle est à la fois un droit à l'éducation et un devoir, puisque l'assiduité est obligatoire.

Le code de l'éducation mentionne dans l'article L.122-1 : « Le droit de l'enfant à l'instruction a pour objet de lui garantir, d'une part, l'acquisition des instruments fondamentaux du savoir, des connaissances de base, des éléments de la culture générale et, selon les choix, de la formation professionnelle et technique et, d'autre part, l'éducation lui permettant de développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation initiale et continue, de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle et d'exercer sa citoyenneté. »

Le rapport du jeune à l'institution scolaire comporte trois axes : le savoir, la loi et l'apprentissage. L'école remplit à la fois une fonction maternelle contenante et une fonction paternelle relative à la loi (Brandibas 2007).

L'école est au cœur de la société. C'est la première institution où se mesure l'image du groupe familial (Huerre 2010). L'adolescent va également y mesurer son estime de soi. L'école ouvre la famille, par l'enfant, à des nouveaux codes sociaux. Elle aide l'adolescent dans son processus d'autonomisation. Elle offre un large panel de choix relationnels (Egler and Baleyte 2012).

L'école est le lieu de projection de représentations psychiques multiples. Si elle est un haut lieu « imaginaire » de la réussite ou de l'échec, elle sollicite des enjeux narcissiques intenables (Huerre 2010). De nombreuses études sociologiques ont mis en évidence la difficulté pour le système éducatif actuel de concilier l'exigence de démocratisation de l'accueil scolaire et celle de niveau de réussite exigé toujours plus élevé (Cordié 2002).

Il y a cinquante ans, seuls 10% des jeunes allaient au lycée. Les adolescents sont poussés aujourd'hui à poursuivre des études générales longues au prix de redoublements plutôt que d'être orientés vers des apprentissages adaptés (Marcelli sous la direction de Huerre 2010).

2. Particularités de la période du collège

La période d'obligation scolaire dure dix ans, de six à seize ans, dont la moitié se déroule à l'adolescence. L'adolescent est donc contraint, quelles que soient ses mouvances psychiques de s'adapter à l'institution scolaire (Mannoni 1989).

Le collège tient une place particulière dans ce « devoir de droit » car il concerne des adolescents qui sont en capacité de choisir et qui sont encore tenus par leur âge à poursuivre un enseignement scolaire. « L'adolescence se forge à l'extérieur de l'école et contre elle » dit DUBET, professeur de sociologie à l'université de Bordeaux 2 (Huerre 2010).

L'entrée en sixième est vécue pour certains comme un dépaysement total. Il y a une perte de l'aspect contenant des locaux et de la figure adulte de référence, l'instituteur. Le collège est très marqué par le côté impersonnel. La voie est générale et les élèves interchangeables. La doxa actuelle d'égalitarisme forcené avec le « collège unique » est source de violences innombrables affligées à l'adolescent (Delaroche 2012). Certains élèves sont très éloignés culturellement et socialement de ce collège et n'y trouvent pas leur place. L'école démocratique de masse peut faire vivre des expériences négatives en ne renvoyant à certains adolescents que des échecs. L'adaptation à l'école est conditionnée par l'évolution plus ou moins harmonieuse des relations entre l'adolescent et ses parents (Mannoni 1989).

Le collège unique ne remplit pas son but premier. L'ouverture des possibles pour l'ensemble des individus est un leurre. C'est ce que montre une étude menée sur un échantillon représentatif au 1/40ème de jeunes entrés en sixième en 1995 (Germain and Olympio 2012). Cette étude prospective qui a suivi 4218 jeunes jusqu'en 2007 montre l'influence prépondérante du contexte socioculturel sur les choix d'orientation. De plus, tout semble conditionné dès l'entrée au collège. La situation scolaire dans laquelle l'élève se trouve en sixième détermine déjà toute la suite de son parcours éducatif et professionnel.

Le collège exige de nombreuses capacités de la part de l'adolescent pour rentrer dans le « moule scolaire »: une certaine maturité affective, une discipline pour tenir les rythmes de concentration, une tolérance par rapport à l'échec, des compétences cognitives privilégiant le verbal et de bonnes assises narcissiques pour supporter la compétition avec les pairs (Golse 2005).

Avec l'entrée au collège, l'adolescent est mis à une place beaucoup plus responsable concernant la conduite de ses études. L'adolescent est en capacité, contrairement à l'enfant en phase de latence, de critiquer l'offre scolaire. Certains adolescents ont le sentiment que l'école les maintient dans un statut de petit enfant. Ils ont l'impression que les cours ne servent à rien et qu'ils sont trop éloignés de la « vraie vie » d'adulte (Huerre 2010).

Un adolescent qui va bien, a d'autres intérêts et loisirs qui l'écartent de l'école. Vers 14 ans, il y a une baisse passagère des résultats scolaires. Cette baisse d'intérêt pour les apprentissages signe un bon développement psychologique. On peut aisément comprendre que l'adolescent désinvestisse un temps la tâche scolaire abstraite et désincarnée pour se tourner vers ses intérêts naturels et les curiosités de son âge. L'adolescent est plus préoccupé par ses amitiés, ses flirts, le sport, ses hobbies... Ces difficultés scolaires transitoires sont un phénomène qui peut faire partie de la construction normale de la personnalité à ce stade du développement.

L'adolescent avec phobie scolaire craint les changements imposés par l'école. L'école confronte à des innovations successives (changement de classe, évolution des exigences des programmes scolaires…). L'adolescent peut développer un sentiment d'insécurité perpétuel (Brandibas 2007). De plus, la pluralité des enseignants n'apporte plus la même qualité d'accompagnement des enfants en difficulté, « le soutien au sein de l'école est dilué » (Legrée 2012).

3. Relations entre l'adolescent et ses professeurs

Les personnes adultes latérales aux figures parentales, qui ne sont pourtant pas directement en charge de l'éducation, jouent un rôle très important auprès des adolescents. Tout ce qu'elles font peut fortement influencer l'adolescent et impacter au niveau de sa

confiance interne. Une simple remarque d'un professeur peut favoriser l'essor du jeune ou au contraire le pousser au découragement (Dolto 2003). En début de collège, les élèves sont encore très attachés au jugement des professeurs et essayent de coller au rôle d'élève attendu par l'institution. Plus tard, le besoin de différenciation et d'affirmation de soi implique un certain détachement (Brandibas 2007).

A l'adolescence, le jeune risque de se faire « dévaloir » par le parent du même sexe qui tolère difficilement que son opinion ne continue pas à primer. C'est à cette période qu'il est intéressant que les enseignants prennent le relais pour fortifier l'adolescent dans l'affirmation de sa personnalité (Dolto 2003).

La relation aux professeurs est un équivalent œdipien à l'adolescence. Lorsque l'adolescent se confronte au jugement du professeur, il y a une tentative de séduction. La reconnaissance d'un professeur peut être vécue comme trop chaude et entrainer en réponse, une tentative de retrait. A l'inverse, la critique négative faite par un professeur sur un travail peut être interprétée par l'adolescent comme une critique visant sa personne. L'adolescent se sent disqualifié par l'enseignant. L'auto-dépréciation de l'adolescent entraine en miroir une discréditation des professeurs (Huerre 2010). Plus l'adolescent avait investi affectivement le professeur qui lui renvoie un sentiment d'échec, plus l'adolescent retournera sur ce professeur la colère et la déception qu'il ressent en réalité, envers lui-même. Cordié, neuropsychiatre et psychanalyste, parle d'une « paranoïa » fréquente de l'adolescent qui a tendance à reporter la faute de ses difficultés scolaires sur les professeurs. L'adolescent est convaincu que certains professeurs le détestent et lui en veulent. Cette interprétation sert de protection contre un effondrement narcissique (Cordié 2002).

Les professeurs représentent à la fois le savoir et l'autorité. Les enseignants servent d'écran de projections d'images très diverses, allant d'une idéalisation extrême à une menace persécutrice. Les professeurs peuvent renvoyer à l'élève une image qui se fixe. Cette perception que l'enseignant a de l'élève peut l'enfermer dans une identité scolaire à laquelle il lui est difficile de déroger par la suite. Il y a ainsi dans une classe : « le perturbateur », le « paresseux »… Jacques Tardif parle du risque de « construction graduelle de l'impuissance apprise » (Brandibas 2007). Cette théorie cognitive décrit une tendance chez les personnalités à risque à s'attribuer toute la responsabilité de leur échec et à considérer que cette situation est définitive.

La pensée du professeur, selon les matières, est perçue comme dogmatique, hermétique ou énigmatique et n'arrive pas à accrocher l'intérêt de l'adolescent. La pensée de l'enseignant peut alors ne pas parvenir à rencontrer la « rêverie » et la curiosité de l'adolescent. Brandibas retrouve dans une étude que les élèves des filières techniques et professionnelles en classe de 4e et 3e évaluent leurs professeurs comme plus disponibles et ont une communication facilitée avec eux par rapport aux élèves interrogés en filière générale dans les mêmes classes. Cela peut s'expliquer par le nombre généralement plus restreint d'élèves par classe dans les filières technique et professionnelle (Brandibas 2007). De plus, le mode d'enseignement dans ces filières comporte plus d'ateliers pratiques qui favorisent un contact moins impersonnel avec l'enseignant.

A l'adolescence, les imagos parentales sont malmenées. Une des défenses possibles est de projeter les pensées négatives sur les enseignants pour préserver les parents. L'adolescent en restant à la maison, régresse à une position de dépendance totale où il peut garder une image idéalisée de ses parents (Huerre 2010).

c. Le groupe de pairs

Avec l'essor de la sexualité génitale, la prohibition de l'inceste pousse l'adolescent hors du cercle familial. Les amis de classe d'âge voisine prennent une importance première (Dolto 2003). Le désir d'indépendance vis-à-vis du cercle familial, engage le jeune dans la recherche de nouvelles possibilités relationnelles.

L'adolescent a besoin de s'appuyer sur un espace identificatoire qui n'est plus transgénérationnel mais transversal (Brandibas 2007). L'adolescent apaise ainsi sa crainte de trahir ses objets œdipiens par son investissement du groupe. Un jeune a besoin d'aimer les gens de son âge et de se former à leur contact. L'adolescent met son honneur à réussir en société et se dirige avec élan vers le groupe de copains à l'école, au sport ou ailleurs. Il fait de même vers la vie imaginaire que ce soit au travers de la télévision, des lectures ou encore des jeux virtuels. Le groupe sert de soutien extra-familial. L'adolescent marque sa nouvelle appartenance au travers des modes vestimentaires, des tatouages, piercings ou autres attributs divers. L'adolescent est moins sensible au jugement de ses parents qu'à celui de ses pairs. Il est pris dans un lien d'allégeance avec le groupe des pairs. Les modèles sont désormais extérieurs à la famille, même si celle-ci sert toujours de valeur-refuge (Dolto 2003).

L'adolescent retrouve souvent ses copains sur le chemin du collège. Il utilise cet espace de transition qui sert d'espace d'échanges avec les pairs et aide au passage entre l'école et le collège, le dedans et le dehors, le familier et l'étranger. Ce chemin de l'école symbolise l'ouverture sociale de l'adolescent (Marcelli and Braconnier 2008).

Le développement du lien social assure à l'individu une autonomisation et un certain équilibre psychique (Brandibas 2007). Les « moments d'oubli et de fusion dans le collectif » procurent un certain bien-être à l'adolescent (Huerre 2010). L'école sert de révélateur concernant les compétences sociales de l'adolescent. Les troubles anxieux au collège sont favorisés par une mauvaise intégration sociale. Le challenge pour l'adolescent est d'arriver à s'intégrer dans un groupe constitué. Le processus de rejet est un cercle vicieux puisque l'adolescent qui craint d'investir une relation, se met en position d'être rejeté par ses pairs (Egler and Baleyte 2012).

D'après Françoise Dolto, ce qui reste aux adolescents, parmi les nombreux deuils par lesquels il doit passer, c'est la valeur de l'amitié. Il existe à l'adolescence une recherche d'amitié un peu passionnée qui va venir aider à traverser cette étape particulière de la vie. C'est alors pour ceux qui se sont sentis trahis, qui n'ont pas trouvé un soutien amical fiable, qu'il y a un plus grand risque de dérive (Dolto 2003). L'interaction amicale est capitale dans l'apprentissage de l'empathie et de la réciprocité (Catheline 2001).

La scolarité vient questionner la rivalité avec les pairs. Il faut supporter la comparaison avec les autres élèves de la classe ou avec un membre de la fratrie. Au Japon cette compétition scolaire pèse particulièrement sur les élèves du fait de la pression sociale. Le taux de refus scolaire y est remarquablement élevé avec 60-70% de la population consultante (Marcelli and Braconnier 2008).

Un conflit banal avec un camarade ou un sentiment de rejet de la part du groupe va facilement renvoyer l'enfant phobique vers le milieu familial. Cet événement simple sert de facteur déclenchant à l'apparition du refus scolaire.

d. Identité et appartenance

L'identité est ce qui distingue tandis que l'appartenance est ce qui unit. L'identité permet au sujet de se démarquer de son environnement pour en utiliser les ressources, tout en

se préservant de ses dangers potentiels. Le groupe ne peut exister sans l'identité personnelle de ses membres. L'appartenance au groupe se vérifie par l'adoption de certains codes sociaux spécifiques (Gaillard 2012). La place et les fonctions de l'adolescent relèvent de l'appartenance à son milieu tandis que la spécificité de son fonctionnement mental dépend elle, de son identité.

Caillé définit trois types de relation humaine durable, le lien de filiation, le lien sexuel et le lien d'affiliation autour d'un concept (Caillé and Selvini Palazzoli 2006). Chaque relation a une signature complexe, propre au système d'appartenance auquel elle se rattache. L'individu construit son identité à partir de son appartenance à plusieurs groupes sociaux : la famille, l'école, les loisirs, les amis. La multiplicité des appartenances singularise le sujet et développe ses capacités d'adaptation. Le groupe prête une identité conditionnelle si la validité de l'appartenance est confirmée par ses membres. La subjectivité de l'individu est reconnue par son environnement.

L'enveloppe psychique groupale désigne les représentations apportées par le groupe entourant le sujet. L'enveloppe psychique groupale sert d'interface entre le sujet et son environnement social. L'individu adopte des « patterns transactionnels » qui restent cohérents tout au long de la vie. La famille est le premier système d'appartenance et le plus simple à définir. Cependant à l'adolescence cette enveloppe psychique groupale est remaniée du fait de la puberté et de la résurgence du processus de séparation-individuation (Brandibas 2007).

Naturellement, il se crée une nouvelle communauté dès lors qu'un enfant pénètre un établissement scolaire. Cette communauté d'esprit relie la famille et l'école rien que par la représentation que se font les parents des journées d'école de leur enfant (Dessoy 2004). L'intégration de l'enfant dans une nouvelle école signe une étape dans son processus d'autonomisation. Les fluctuations de l'autonomie de chaque membre au sein d'un système[1] sont multiples (nouvelle école, nouveau travail, nouveau loisir, nouvelles amitiés…). Ces fluctuations sont difficilement tolérables pour les familles qui craignent pour leur équilibre interne.

[1]Un système est un groupe de personnes. Il est régi par des mythes, des rites et des savoir-faires.

Au sein même de l'école, l'adolescent se retrouve face à un large choix de milieux d'appartenance. Son identité se décline selon les différents modes relationnels (élève de, camarade de…). Ce panel de fréquentation s'élargit brutalement à l'entrée au collège. Ces nouvelles alliances ne sont pas censées remettre en cause l'appartenance familiale du sujet (Egler and Baleyte 2012).

L'adolescent a plusieurs milieux d'appartenance. La phobie scolaire remet en question les différentes sphères dans lesquelles évolue l'adolescent. Ajuriaguerra insiste sur la nécessité de considérer la phobie scolaire par une vue « quadrangulaire » : père-mère-enfant-école (Ajuriaguerra 1974).

B. La Phobie scolaire

I. Généralités

a. Historique et définition

Le phénomène de phobie scolaire est étudié en occident depuis le XIXème siècle, ne pouvant être identifié qu'après l'établissement de l'école obligatoire. En France, c'est la loi de Jules Ferry de 1882 qui rend l'école laïque et obligatoire jusqu'à l'âge de 14 ans. Puis, la réforme Berthoin du 06/01/1959 allonge cette obligation jusqu'à l'âge de 16 ans.

Le premier texte de référence est celui d'Alfred Binet en 1887. Il y parle d'un enfant qui, par peur de l'école, déclenche un mutisme sélectif en classe (Binet 2005). En 1911, Jung évoque pour la première fois une forme de "refus névrotique" d'aller à l'école. Il décrit le cas d'une jeune fille de 11 ans, dont l'analyse retrouve un déplacement du complexe d'Œdipe sur un professeur (Jung 1911). Georges Heuyer, pédiatre, est le premier à s'interroger sur l'adaptation scolaire de l'enfant. Il décrit, dans sa thèse de 1914 sur les enfants normaux et délinquants, une anxiété de certains enfants face à l'institution scolaire. Il parvient même à la conclusion d'une nécessité de soins spécifiques pour ces enfants (Heuyer 1914). L'hypothèse

de difficultés psycho-affectives sous-jacentes est faite en 1932 par Isra T. Broadwin. Il pointe l'existence d'un absentéisme anxieux qu'il soupçonne de résulter d'une névrose à caractère obsessionnel. Il expose le cas d'un enfant terrifié par l'idée d'aller à l'école de peur que quelque chose n'arrive à sa mère ou à lui-même. Le refus de l'école peut constituer d'après lui « un acte de défiance, une tentative pour obtenir de l'amour, ou pour s'évader de situations réelles pour lesquelles il est difficile de faire face » (Broadwin 1932). Il expose aussi le cas d'un jeune de 13 ans dont l'identification masculine est déniée du fait d'un père peu intéressé et travaillant de nuit. En 1939, Partridge relie cette forme d'absentéisme scolaire à une difficulté de séparation vis-à-vis d'une mère surprotectrice, qui inconsciemment participe au maintien du symptôme (Partridge 1939). Il décrit des enfants timides et anxieux qui se distinguent nettement, dans leur comportement, des fugueurs. L'anxiété des enfants serait en lien avec leur crainte vis-à-vis des attentes de l'école et de leur famille.

Le terme de phobie scolaire est défini en 1941 par Adelaïde M. Johnson dans le texte School Phobia (Johnson et al. 1941). Il s'agit d'une « intense terreur associée au fait d'être à l'école ». Elle identifie chez ces enfants une angoisse de séparation et une dépendance à la mère depuis la petite enfance. Elle insiste sur l'incapacité de ses enfants à se rendre à l'école, indépendamment de leur volonté. En 1957, elle assimile le diagnostic de phobie scolaire à un trouble anxieux (Johnson 1957). Elle différencie définitivement ce trouble de l'école buissonnière et des comportements d'opposition. En France, on garde comme référence la définition posée par Ajuriaguerra en 1974: « enfants qui pour des raisons irrationnelles refusent d'aller à l'école et résistent avec des réactions d'anxiété très vives ou de panique quand on essaie de les y forcer » (Ajuriaguerra 1974).

Le terme de phobie scolaire est plusieurs fois remis en cause, le symptôme pouvant se retrouver quelle que soit la structure de personnalité. L'énoncé « phobie scolaire » gêne car il fait référence au postulat psychanalytique. Il faut savoir que le terme est hérité de la psychiatrie adulte, « la névrose phobique ». Plusieurs chercheurs réfléchissent à la dénomination de cette entité, qui ne correspond pas aux descriptions classiques des phobies. En effet, l'objet phobogène n'est pas clairement identifié entre l'école, les professeurs, les élèves, le fait de quitter les parents…

Le terme de refus scolaire est utilisé préférentiellement dans la littérature internationale. Hersov parle ainsi du « school refusal » dans son article de 1972. Il le classe

comme la quatrième cause d'absentéisme scolaire après la maladie, l'enfant retenu par ses parents à la maison et l'école buissonnière (Hersov 1972).

Lebovici et Le Nestour rapportent en 1977 des cas de refus scolaires sévères en lien avec un trouble grave de la personnalité (Lebovici and Le Nestour 1977). Dugas et Guériot, soulignent eux l'importance des éléments dépressifs et d'agressivité (Dugas and Guériot 1977).

Parmi les définitions françaises les plus récentes, on peut citer celle publiée le 27/09/2011 dans une réponse ministérielle au Journal Officiel: « La phobie scolaire, ou refus scolaire anxieux, est une manifestation de refus de la fréquentation scolaire, à distinguer du refus d'apprendre ou de difficultés d'apprentissage. »

La Classification Française des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent R-2012 utilise la définition suivante : « manifestations d'angoisse majeure avec souvent phénomène de panique liées à la fréquentation scolaire et interdisant sa poursuite sous les formes habituelles » (Misès 2012).

b. Epidémiologie et Symptomatologie

En France, la prévalence de la phobie scolaire oscille entre 0,3% et 1,7% de la population d'âge scolaire (Marcelli and Braconnier 2008). Hersov montre que le trouble de phobie scolaire représente 5% des motifs de consultation en pédopsychiatrie (Chiland and Young 1990). D'après l'enquête récente de Walitza et al. (2013), en Suisse, le problème d'absentéisme à l'école représente l'une des causes principales des entretiens en psychiatrie infanto-juvénile. Les études retrouvent un nombre à peu près égal de filles et de garçons. Il semblerait juste que les filles déclarent leur trouble un peu plus tardivement. La phobie scolaire peut concerner les enfants et les adolescents à tout âge. L'intelligence est souvent dans la norme voire supérieure. Dans tous les cas, le sérieux de l'élève est notable, l'investissement scolaire est noté par les enseignants (Dugas and Guériot 1977).

La phobie scolaire est, d'après certains auteurs, dont Birraux, propre à l'adolescence. Dans l'enfance le refus scolaire est surtout lié à des angoisses de séparation. A l'adolescence, les pics de fréquence (11 et 14 ans) correspondent à des périodes de maturation somatopsychiques qui sont difficiles à élaborer pour le jeune mais également pour sa famille.

Il s'agit d'étapes importantes dans la scolarité. Il y a d'abord, l'entrée au collège où l'adolescent n'a plus une relation privilégiée avec un seul enseignant et où l'ouverture sociale prend une nouvelle importance. Puis il y a le passage en 4e où les exigences scolaires changent, faisant appel à plus de réflexion personnelle et au raisonnement hypothético-déductif.

Les principaux critères diagnostiques sont :

- Des difficultés à assister aux cours ou un absentéisme scolaire complet
- Une réaction émotionnelle vive (anxiété et panique)
- Le fait que les parents soient au courant que l'enfant reste au domicile pendant les heures de cours
- Et l'absence de comportements antisociaux.

De manière théorique, l'enfant ou l'adolescent redoute « de façon isolée » de se rendre à l'école et sans « raison apparente » (Servant 2010). Birraux décrit une incapacité à franchir le seuil du domicile pour aller au collège ou au lycée, malgré la résolution chaque jour d'y retourner. D'après elle, l'adolescent erre et traîne en essayant d'organiser sa vie jusqu'à ce que la réalité le rattrape et le contraigne à y faire face. L'adolescent souffre beaucoup de la situation et le dit. Le discours est cependant de tonalité très projective : « les cours, les profs sont nuls… » (Huerre 2010).

La simple idée d'aller à l'école déclenche une crise d'angoisse insurmontable. L'anxiété a un retentissement physique, les somatisations sont multiples (céphalées, maux de ventre, tremblements, sueurs).

Un véritable conflit avec les parents s'installe au moment du départ à l'école et peut s'accompagner de violence. L'adolescent en détresse face à la contrainte, se met dans un état de colère avec d'éventuels coups donnés aux parents ou bris d'objets. Le jeune supplie ses parents le matin de céder par rapport à la journée d'école, assurant qu'il y retournera le lendemain. Le scénario se répète ainsi tous les matins.

L'interruption du déroulement de la scolarité est, le plus souvent, brutale, soit dès le début de l'année scolaire, soit au retour de vacances, soit à la suite d'un événement intercurrent (Sudres et al. 2004). Il y a souvent une période qui précède faite de nombreux

passages à l'infirmerie pendant les heures de cours. Certaines fois les parents sont contraints pendant cette période d'aller récupérer leur enfant au collège en cours de journée.

Les jeunes souffrant de phobie scolaire restent à la maison au su des parents. Ils occupent leur journée à dormir, regarder la télévision, surfer ou jouer sur internet, accomplissant parfois des tâches ménagères. Ils gardent le contact, soit physiquement, soit virtuellement, avec leurs amis. Une activité extra-scolaire est longtemps maintenue. Cela contraste avec le retrait social, visible au premier plan (Le Heuzey and Mouren 2008). Ces adolescents ont, en effet, un contact agréable et un relationnel facile lorsque la sphère de l'école est évitée. Cela rend le symptôme encore plus incompréhensible pour les parents qui tardent à faire consulter leur enfant.

c. Comorbidités

La phobie, de manière générale, se situe au carrefour de nombreux troubles psychiatriques, comme les dépressions, les états-limites et les troubles du comportement.

Les troubles associés sont le plus fréquemment les troubles anxieux de type anxiété généralisée ou agoraphobie. Les troubles anxieux sont largement représentés, d'où le terme de « refus scolaire anxieux ». Cependant un taux élevé de troubles anxieux est également retrouvé chez les élèves qui vont à l'école (22,4%). L'anxiété n'explique pas à elle seule le refus scolaire (Ingul and Nordahl 2013). On retrouve également des troubles obsessionnels ou hystériques. Des préoccupations ou des peurs sexuelles sont souvent liées ainsi que des troubles alimentaires.

La dépression est très fréquente. Elle s'explique par la baisse d'estime de soi et la culpabilité qu'engendre l'incapacité à se rendre à l'école. Le tableau s'accompagne d'un repli complet avec désinvestissement de toutes les activités habituellement appréciées par l'adolescent. Il faut être vigilant par rapport au risque suicidaire (Marcelli and Braconnier 2008).

L'adolescent doute souvent de ses capacités cognitives au point de développer parfois une véritable anxiété de performance alors que le niveau intellectuel est, comme nous l'avons vu, habituellement bon (Huerre 2010).

L'adolescent, se retrouvant à la maison, a tendance à grignoter tout au long de la journée. Il s'agit entre autre d'un moyen de lutter contre l'ennui. Un problème de surpoids vient alors s'ajouter et renforce le phénomène d'exclusion. Le surpoids peut compromettre le retour à l'école. Des comportements régressifs comme une énurésie ou une encoprésie secondaire complètent quelque fois le tableau.

Une étude allemande de 2013 retrouve une comorbidité entre le refus scolaire et les troubles du sommeil. Les troubles du sommeil identifiés sont variés, à type d'insomnie (difficultés d'endormissement, réveils précoces), parasomnies[1] et somnolence diurne. Cette étude met également en évidence que ces perturbations du sommeil ne figurent pas dans les cas d'école buissonnière ou de comportements d'opposition (Hochadel et al. 2013).

d. Evolution du trouble

Basquin, professeur émérite de psychiatrie de l'enfant et l'adolescent à Paris VI dit de la phobie scolaire qu'elle est une « pathologie souvent résistante, éprouvante et lourde de conséquences » (Huerre 2010). La phobie scolaire pose le problème de son retentissement à la fois sur l'équilibre psychologique, sur le développement psychoaffectif et relationnel et sur la scolarité de l'enfant (Servant 2010).

Le refus scolaire est un important facteur prévisionnel de l'arrêt des études. Une partie substantielle des jeunes qui évitent l'école n'obtient pas de diplôme de fin d'études ou bien reste loin des attentes logiques concernant leurs résultats scolaires. Ce constat est fait dans de nombreux Etats européens, ce qui a poussé la Commission Européenne à soutenir sur le plan financier l'expérimentation de programmes spécifiques de prévention (Resch and Brunner 2013). Cet arrêt précoce des études, en dessous du niveau académique envisagé s'explique par un retard scolaire qui s'accroît au rythme des absences.

---

[1] Les parasomnies sont des phénomènes anormaux observés au cours du sommeil et qui traduisent un état de conscience intermédiaire entre le sommeil et de l'éveil. Les plus fréquentes sont les cauchemars, les terreurs nocturnes, le somnambulisme, le bruxisme, l'énurésie, les paralysies et hallucinations du sommeil.

Certains situent la phobie scolaire au sein d'un fonctionnement anxieux avec un continuum du trouble de la petite enfance à l'âge adulte. L'individu présenterait une anxiété de séparation dans l'enfance puis à l'adolescence une phobie scolaire. A l'âge adulte, le trouble anxieux évoluerait en trouble panique ou phobie sociale. Nous verrons par la suite que les résultats de notre étude ne concordent pas avec cette théorie.

Lorsque le symptôme se pérennise, le caractère de l'adolescent est modifié par l'apparition des bénéfices secondaires (Sperling 1967). Avec l'aggravation du trouble, la désocialisation et la composante dépressive s'amplifient. Ainsi, l'adolescent diminue ses sorties, abandonne ses activités extra-scolaires. On distingue un trouble d'apparition aigu avec un meilleur fonctionnement social et un trouble plus handicapant qui est souvent corrélé avec une personnalité anxieuse et renfermée (Brandibas 2007).

A l'adolescence, le retour en classe est mesuré entre 40 et 60%. Les facteurs démographiques entravant ce retour en classe sont : le sexe féminin, l'âge supérieur à 16 ans et le fait d'être dernier de fratrie (Gal sous la direction de Marcelli 1993). Avec une prise en charge précoce et adaptée les résultats concernant la reprise normale de la scolarité sont meilleurs (Revol 2000).

En pratique, on rencontre différents degrés de gravité en termes de pronostic et de personnalité sous-jacente. On décrit schématiquement une répartition en tiers:

- Un tiers évoluerait vers un trouble psychiatrique franc (trouble anxieux, trouble dépressif ou trouble de la personnalité)
- Un tiers aurait une évolution favorable
- Un dernier tiers garderait des difficultés d'intégration sociale ou professionnelle (Girardon and Guillonneau 2009).

Ce dernier tiers comprend les risques de marginalisation sociale voire de délinquance ainsi que l'apparition de conduites perverses ou psychopathiques (Mannoni 1989).

De manière générale, il existe une surreprésentation des troubles anxieux et dépressifs à l'âge adulte chez les anciens phobiques scolaires. La structuration sur un mode limite serait également assez fréquente (Marcelli and Braconnier 2008).

II. Complexité du diagnostic

De façon générale, le diagnostic en psychiatrie garde un degré d'incertitude propre à toute modélisation du psychisme humain. De plus le terme phobie scolaire est passé dans le discours populaire et en a fait un « objet construit socialement » (Brandibas 2005). Ce diagnostic peut être amené par les parents ou par l'institution scolaire avant toute expertise psychiatrique.

a. Psychopathologie sous-jacente

Si l'expression symptomatologique est simple, les processus psychopathologiques sous-jacents n'en sont pas moins variés et complexes. Le tableau syndromique est composé de symptômes psychoaffectifs (anxiété, angoisse) et de troubles comportementaux (opposition, passivité, résistance).

1. L'anxiété et l'angoisse

L'anxiété apparaît comme le critère fédérateur des différentes théories sur la phobie scolaire. L'anxiété est un marqueur de conflit intrapsychique, c'est le versant psychique de l'angoisse. Elle correspond à une attente pénible d'un événement imprévu d'où la définition de « peur sans objet ». Dans le cas de la phobie scolaire, il n'y a aucun objet clairement identifié. L'école constitue uniquement le « point de cristallisation » de l'angoisse du sujet. Cependant le sujet ne peut citer précisément ce qui déclenche son appréhension. Il va mettre en place des stratégies pour s'en soustraire de manière globale (Cordié 2002). Ce mécanisme peut s'apparenter à une angoisse paranoïde telle que théorisée par Mélanie Klein. Les pulsions agressives sont détournées vers un mauvais objet externe.

L'angoisse est une sensation d'extrême malaise accompagnée de manifestations somatiques. La première théorie sur l'angoisse de Freud, dit qu'elle proviendrait du refoulement des tendances agressives de l'enfant en réponse à un afflux non maîtrisable d'excitation libidinale (Freud 2006). Le besoin de punition arrive alors pour calmer cette angoisse. On comprend alors mieux la double composante du trouble « refus scolaire anxieux ». D'un côté, il y a la souffrance liée à l'angoisse et de l'autre la transgression avec le refus de la loi scolaire (Huerre 2010). La transgression appelle le contrôle de l'adulte.

L’anxiété se manifeste au niveau mental, comportemental et somatique. Toute angoisse s’accompagne de manifestations somatiques. Le corps sert de vecteur pour exprimer ses affects. Les différents symptômes avancés en cas de phobie scolaire (céphalées, maux de ventre…) sont à interpréter comme l’expression de l’angoisse et des difficultés de l’élève. Il s’agit souvent au départ d’une focalisation de l’angoisse des parents sur la scolarité (Mannoni 1989). L’origine psychosomatique s’explique par l’ennui ressenti par beaucoup d’adolescents. Cet ennui fait ressortir l’angoisse. Repliés sur eux-mêmes, ces adolescents sont confrontés à leurs conflits internes, privés d’échappatoire (Dolto 2003).

Basquin estime que la phobie scolaire provient d’une angoisse de dévalorisation, ce qui se manifeste par la peur d’être interrogé ou la peur des évaluations (Lida Pulik et al. 1996). Ces situations qui mettent en cause l’estime de soi viennent alimenter l’angoisse. La crise d’angoisse provient généralement de la confrontation entre le conflit interne fantasmé et sa figuration externe. Le sujet est alors pris dans une indifférenciation entre le dedans et le dehors. Les facteurs biologiques favorisent une réponse par l’angoisse, ce qui modifie également les représentations fantasmatiques (Jeammet and Corcos 2010).

L’anxiété et l’angoisse sont facilement transmissibles. La question scolaire focalise l’anxiété des parents, indépendamment de leur volonté. Elle est aussi un « véhicule de la relation parents-enfants », très chargé affectivement. L’enfant fait sienne l’angoisse des parents. Le risque est, à l’extrême, l’avènement d’un véritable « blocage scolaire » (Mannoni 1989).

Chez certains adolescents aujourd’hui, le refus scolaire est une façon de s’arrêter pour ne pas basculer dans le monde des adultes. Le refus scolaire s’apparente alors à une forme d’hystérie telle que théorisée par Freud (Huerre 2010). La forme la plus aboutie de phobie est celle de l’hystérie d’angoisse[1] (Jeammet and Corcos 2010).

2. La phobie

Les phobies sous-tendent une crainte face à un objet ou une situation, ne comportant pas de réel danger. Elles s’accompagnent de conduites d’évitement ou de réassurance. La

[1] La libido est ici libérée sous forme d’angoisse, à la place de la conversion somatique hystérique classique.

phobie suppose, d'après la prémisse freudienne, le déplacement de la peur d'un objet significatif vers un objet inauthentique, considéré comme phobogène. L'école est un objet de projection d'une peur refoulée par l'enfant. La phobie provient du déplacement d'un conflit œdipien mal résolu en rapport avec l'angoisse de castration (Freud 2006). La concrétisation de la peur sur un objet extérieur est un remède actif simple contre l'angoisse. La situation anxiogène plus vague et plus générale ne peut être supportée à un niveau abstrait et est déplacée sur un objet identifié. Cet objet concret peut alors être évité pour maintenir à distance l'angoisse. Plus la phobie est élaborée, plus l'évitement concerne un élément qui n'a plus de lien avec l'objet investi, porteur du conflit.

L'école constitue un élément phobogène singulier et polymorphe. L'enfant peut la craindre en tant qu'objet, moment existentiel, situation spécifique (la cantine, le passage au tableau, le retour de contrôles…) ou encore en tant qu'institution (Sudres et al. 2004). Birraux atteste également qu'en apparence, il y a fuite d'un objet inoffensif (l'école), mais que cet objet désigné pourrait devenir réellement menaçant par ceux qui la composent (autres élèves, professeurs).

Les phobies font partie du développement normal tout au long de la petite enfance (peur de l'étranger, peur du noir, peur des animaux, peur des êtres surnaturels et enfin peur de la mort à partir de 7-8 ans.). A l'adolescence, la peur de perdre le contrôle devient centrale. Le retrait scolaire est une expression possible de cette crainte. Le plaisir d'emprise prend le pas sur le plaisir de satisfaction (Jeammet and Corcos 2010). La situation phobogène témoigne d'une tentative d'élaboration psychique de l'angoisse pour trouver une issue figurative maîtrisable. L'action thérapeutique doit s'appuyer sur la relation préservée à un possible objet contraphobique. Le travail consiste à remplacer l'objet externe contraphobique, dont la présence effective est nécessaire, par la reconnaissance d'un bon objet internalisé (Jeammet and Corcos 2010).

Verbaliser une peur requiert une capacité à identifier son état affectif, à se le représenter et à le communiquer. Ces capacités font défaut chez le jeune. D'après Monneyron, cette relative alexithymie[1] participe à la genèse du trouble. Il est plus facile pour le jeune de rationaliser sa peur avec des éléments extérieurs. Il se défend de ses craintes en argumentant

---

[1] L'alexithymie désigne l'incapacité à se représenter ses émotions et donc à les verbaliser.

que de toute manière « les cours sont nuls… ». L'alexithymie et la pensée opératoire[1] font également le lit de somatisations qui viendront elles-mêmes renforcer le déni des difficultés psychiques (Monneyron 2012).

Birraux propose la thèse d'une « phobie de penser ». Dès la pré-adolescence, avec l'émergence de la puberté, le monde interne et l'appareil psychique sont déstabilisés. Se mettent en place des mécanismes de défense archaïques, comme la projection. Un objet externe est identifié comme dangereux et cela permet de réduire la tension psychique. « C'est le retour de l'objet projeté, une fois métabolisé, qui fait la qualité du processus et sa contribution à l'édification des limites et à la construction du sentiment d'existence ». Chez les adolescents au narcissisme fragile, la projection atteint un objet non suffisamment différencié de soi, une phobie scolaire peut alors apparaître. L'adolescent s'identifie comme autre persécuteur et sa propre pensée est vécue comme persécutrice dans le miroir de l'école.

Il existe des liens étroits entre phobie et paranoïa par le fantasme commun d'être le contenu menacé d'un contenant dangereux (Chasseguet-Smirgel cité par Jeammet and Corcos 2010). L'adolescent peut osciller entre des états de paranoïa aiguë et des conduites phobiques d'évitement plus ou moins bien focalisées sur un objet, une relation ou une situation. Ce sont des modes de réponse à une menace de débordement due à une insécurité interne trop importante. La phobie se caractérise par un mécanisme de projection d'un danger pulsionnel interne vers un danger externe qu'il est possible de fuir.

3. L'attachement

La théorie de Bowlby veut que la confiance en la disponibilité des figures d'attachement pendant les premiers mois de vie conditionne les relations futures. Dans son article de 1978, il rattache la phobie scolaire à une peur de l'absence ou de la perte d'une figure d'attachement (Bowlby 1978). Catheline fait le lien entre la qualité de l'attachement et la capacité à investir le scolaire. Un enfant avec un attachement « secure » pense que tous les adultes, comme ses parents peuvent le protéger. Il peut donc découvrir le monde et entrer dans

---

[1] La pensée opératoire est une modalité du fonctionnement mental qui repose sur l'absence de symbolisation.

les apprentissages en confiance. Il peut passer d'un adulte à l'autre, de ses parents aux enseignants. Au contraire un enfant avec un attachement « insecure » aura des difficultés d'intégration scolaire (Catheline 2012). L'enfant, ayant intériorisé une imago maternelle fragile, développe un hyper-accrochage à la mère déprimée qui renforce, en un cercle vicieux, le sentiment d'insécurité de l'enfant (Girardon and Guillonneau 2009).

L'anxiété naturelle de la mère éveillée par la maternité (préoccupation maternelle primaire de Winnicott) doit être équilibrée par l'intervention apaisante du père. Cela évite un emballement anxieux dans les interactions précoces qui pourraient submerger les capacités d'adaptation du bébé. Si l'attachement est de bonne qualité, l'absence des figures d'attachement n'est pas angoissante et le plaisir apporté par l'activité mentale peut prendre le relais (Jeammet and Corcos 2010). Françoise Dolto dit que la sécurité affective qu'acquiert un enfant au sein de sa famille est la meilleure protection contre l'échec scolaire (Dolto 2003). L'attachement s'active lors d'expériences émotionnelles fortes, le sujet faisant appel à des modèles opératoires internes en mémoire de l'expérience réelle avec le caregiver[1]. L'accession à un attachement « secure » peut être entravé en cas de traumatismes non résolus (mémoire familiale de pertes ou d'abus non élaborés), de troubles psychiatriques chez les parents ou de déprivation émotionnelle au cours des premières années de vie. Dans le cas de phobie scolaire, il est souvent décrit dans la littérature une mère fusionnelle – ambivalente (Brandibas 2007). Cet attachement défaillant entraîne des difficultés à s'adapter à l'autre par déficit de mentalisation de ses propres représentations et a fortiori de celles des autres. L'adolescent n'acquiert pas la capacité de « métapensée », requise par les programmes scolaires du collège.

Sperling insiste sur l'origine œdipienne de l'angoisse et la gestion sadique-anale de ces conflits avec une persistance de l'ambivalence, du narcissisme et de la pensée magique. Elle estime que le facteur dynamique sous-jacent est à chaque fois l'incapacité de se séparer d'une figure parentale et de s'autonomiser en dehors du foyer familial. Elle parle de « phobie scolaire induite » où le traitement concomitant du parent « inducteur » est préconisé. Elle précise même que le pronostic est fortement entravé si le parent n'est pas accessible aux soins. Elle explique que lorsque l'équilibre du parent est menacé par l'amélioration de

[1] Fonction généralement remplie par le parent, elle a un double versant : protéger l'enfant et l'accompagner dans l'exploration (définition d'après les propos de Nicole Guédeney).

l'adolescent, le parent interrompt alors les soins. A l'adolescence, il y aurait un risque d'apparition, de retour ou de renforcement de phobies, de symptômes psychotiques ou psycho-somatiques (Sperling 1967). La phobie scolaire peut émerger dans un contexte familial conflictuel qui insécurise l'adolescent (Mannoni 1989). L'inquiétude que manifestent les parents rassure l'adolescent qui se sent aimé.

L'adolescent dont l'équilibre narcissique est fonction d'appuis externes, utilise des réactions en miroir pour protéger son identité (Jeammet and Corcos 2010). Ainsi en cas de phobie scolaire, on remarque que l'adolescent qui reste trop dépendant de ses parents, cherche à rendre dépendants ses parents en retour. L'importance des mécanismes d'emprise sur l'objet de dépendance (ici, les parents) traduit l'intensité de la dépendance. L'adolescent phobique peut régresser vers une organisation obsessionnelle plus ou moins serrée et entravée. Le symptôme obsessionnel est lié à l'intensité de l'excitation que comporte le lien à l'objet incestueux menaçant l'autonomie et l'identité du sujet. Un mauvais accordage émotionnel au moment des premières relations du bébé peut conduire à un trouble de la régulation émotionnelle. Lors de situations de stress, les capacités d'adaptation étant défaillantes, le sujet aura recours à un contre-investissement défensif dans la maîtrise.

b. Diagnostics différentiels

Il existe au premier abord une confusion sur le plan somatique du fait des plaintes physiques de l'enfant. Il est important de ne pas passer à côté d'un réel désordre somatique, mais des bilans médicaux lourds sont inutiles et retardent le diagnostic. La simple étude du rythme d'apparition des symptômes oriente vers une origine psychosomatique.

1. Les principaux : l'école buissonnière, le décrochage scolaire, la phobie sociale et le trouble anxiété de séparation.

Le principal diagnostic différentiel est l'école buissonnière, appelée « school truancy » dans la littérature internationale. La dichotomie s'opère entre motivation et capacité à se rendre à l'école. De plus, l'école buissonnière se distingue de la phobie scolaire par son caractère caché. L'enfant évite l'école à l'insu de ses parents, qui fréquemment ne s'en soucient guère. Un contexte familial fait d'absence parentale dans l'enfance est classique,

enfant livré à lui-même dès tout petit (Malmquist 1965). L'absentéisme scolaire s'intègre généralement dans un tableau plus large de conduites antisociales. Par ailleurs, on remarque que tandis que l'enfant qui fait l'école buissonnière erre dans la rue pendant les heures de cours, souvent accompagné de copains, l'enfant avec refus scolaire anxieux recherche un sentiment de sécurité, en restant à la maison. Autre différence notable, l'intérêt pour les apprentissages n'est pas préservé en cas d'école buissonnière (Le Heuzey and Mouren 2008). Pour résumer, il y a les enfants qui ne peuvent pas aller à l'école, à différencier de ceux qui ne veulent pas, les « écoliers des buissons ». Le terme français conserve une connotation bucolique, pourtant l'école buissonnière est reliée à un fort risque de déviance. Le terme anglais « truancy » alerte plus sur les dangers de cette conduite. Le trouble oppositionnel avec provocation se rapproche des conduites psychopathiques de l'école buissonnière. Là aussi l'angoisse est absente et l'intérêt pour les cours est nul. Par ailleurs lorsque le refus scolaire ne constitue pas l'élément prégnant du tableau clinique, il peut être considéré uniquement comme un symptôme d'un autre trouble externalisé (Brandibas 2007). De façon générale il faut différencier l'absentéisme actif « J'ai mieux à faire que d'aller en cours… » de l'absentéisme passif « Je vais mal » souligne Gicquel, proviseur du lycée Claude Monet à Paris (in Huerre 2010).

Il ne faut pas confondre la phobie scolaire ou refus scolaire anxieux avec le refus de l'acquisition scolaire. La phobie scolaire porte le plus souvent sur la fréquentation scolaire malgré un désir manifeste de réussite scolaire et d'acquisition des connaissances (Marcelli and Braconnier 2008). Tandis que le désinvestissement scolaire ne s'accompagne pas forcément d'un arrêt de la fréquentation scolaire. Le signe d'alerte est la baisse des résultats scolaires dans une matière ou plusieurs. Le décrochage scolaire a son origine bien plus marquée dans les apprentissages. L'enfant est découragé par l'inadéquation entre ses capacités et les exigences de l'école. L'anxiété n'est pas centrale dans la symptomatologie, il s'agit plutôt d'une morosité latente. Mannoni emploie le terme de « marasme affectif » (Mannoni 1989). Le désinvestissement scolaire peut s'intriquer avec une consommation de cannabis à forte dose.

La phobie sociale n'a pas le caractère spécifique du lieu de l'école. Elle s'étend au contraire à toutes les situations sociales où l'enfant appréhende d'être jugé (Brandibas 2007). L'adolescent évite d'autres situations où il est sous le regard de personnes qu'il ne connait pas. Typiquement, ce sont les adolescents qui ne peuvent pas aller seul acheter une baguette

de pain. Le cœur du problème, pour les personnes avec phobie sociale, se situe dans l'interaction avec autrui. Ce sont les relations qui sont nettement la cause de la peur contrairement à la phobie scolaire où l'origine n'est pas clairement identifiée.

L'anxiété de séparation figure dans la petite enfance de certains cas de phobie scolaire mais pas obligatoirement. Il s'agit d'une angoisse à l'idée de se séparer de sa figure d'attachement dans différentes situations sociales, dont l'école, mais pas uniquement. Elle est décrite au début de la scolarisation de l'enfant. Il est difficile de fixer une limite entre une anxiété normale et pathologique. La gravité est évaluée selon l'intensité de l'angoisse, la persistance du symptôme et le caractère invalidant pour la socialisation de l'enfant. Hersov souligne la différence majeure avec la phobie scolaire, dans le fait que l'angoisse ne se manifeste qu'à l'arrivée à l'école, et non au départ du domicile (Hersov 1960). Le tableau typique est celui de l'enfant en larmes au portail de l'école maternelle. Manicavasagar a étudié la transmission d'une anxiété de séparation entre les générations. Il y apporte trois explications possibles : une transmission génétique, une transmission par imitation du modèle parental anxieux ou en sens inverse une réaction anxieuse du parent face à son enfant angoissé par la séparation (Manicavasagar et al. 2001).

2. Les tableaux atypiques

Le refus scolaire anxieux peut constituer un tableau de dépression masquée. L'opposition par rapport à l'institution scolaire sert alors de tentative de lutte contre des affects dépressifs. Elle permet d'exister par l'absence (Huerre 2010). Il ne faut pas oublier que la chute des résultats scolaires est un symptôme typique d'alerte pour la dépression chez l'enfant et l'adolescent. Cette baisse d'investissement scolaire peut mener au refus scolaire. Dans la clinique de l'adolescent, la dépression se rapproche beaucoup des pathologies de l'agir, voire des troubles psychosomatiques du fait d'une élaboration mentale impossible. Le recours à un traitement médicamenteux en complément du soin relationnel peut aider l'adolescent à récupérer une activité psychique qui est momentanément mise en échec (Jeammet and Corcos 2010). La dépression chez l'adolescent est extrêmement trompeuse, sa présentation est atypique. Elle reste très souvent masquée derrière des comportements à risque qui mettent en péril le devenir de l'adolescent. L'absentéisme scolaire peut faire partie du

tableau clinique. Les symptômes types de la dépression adulte : tristesse, anhédonie, perte de l'élan vital, peuvent ne pas être visibles. Il faut bien rechercher la baisse d'estime de soi, le repli sur soi et l'angoisse qui accompagnent l'absentéisme. Le risque suicidaire doit être évalué et pris en compte.

Les tableaux avec des débuts plus insidieux et des difficultés plus générales d'adaptation font suspecter un trouble grave de la personnalité voire une pathologie psychotique. Généralement, on ne retrouve alors pas de facteur déclenchant, ni de changement brutal dans le comportement de l'enfant. En effet, le refus scolaire peut s'intégrer à un syndrome amotivationnel général comme le décrit le case-report publié par J. Ding et son équipe (Ding et al. 2014). Le refus se généralise dans le cas décrit à toutes les activités du jeune homme de 17 ans. Les atypicités, du type incurie et anomalies de perception, justifient la prescription d'un antipsychotique (la risperidone) en plus du traitement antidépresseur. La persistance d'un apragmatisme important malgré la restauration de l'humeur, oriente le diagnostic vers un trouble schizophrénique.

3. Les autres causes de refus scolaire

L'absentéisme scolaire d'ordre social concerne les jeunes qui n'ont pas de cadre familial contenant. Les parents ne sont pas soutenants et n'accompagnent pas leur enfant dans son investissement scolaire. L'adolescent ne peut pas rendre compte à un adulte de son travail, or cette référence surmoïque, protectrice et narcissisante est nécessaire à cet âge (Huerre 2010). Dans certaines familles où les conditions de vie sont très précaires, l'enfant peut être utilisé à des fins ancillaires. L'adolescent de milieux défavorisés peut se sentir en décalage par rapport au système scolaire. Ce sentiment d'exclusion s'étend souvent à la société dans sa globalité (Cordié 2002).

La dépendance aux jeux vidéo peut faire croire à une phobie scolaire. L'enfant faisant tout pour rester à la maison. Le phénomène des jeux de rôles en réseau impose à l'adolescent une présence maximum auprès de l'ordinateur pour ne pas perdre son classement dans les scores en ligne. Valleur avertit du danger que représente l'engouement passionnel à un monde parallèle (Valleur 2007). Dans certains cas seulement, cette dépendance peut être secondaire à une véritable phobie scolaire (Girardon and Guillonneau 2009).

Les troubles des apprentissages peuvent mener, s'ils ne sont pas détectés à temps et pris en charge correctement, à un dégoût pour le domaine scolaire. Certains adolescents amenés pour phobie scolaire présentent des troubles des apprentissages caractérisés. La raison psychologique vient faire écran et cacher des troubles des apprentissages spécifiques passés inaperçus.

Le syndrome de claustration à domicile (appelé Hikikomori au Japon), désigne une « réjection de la vie en société et l'établissement d'une barrière matérielle entre soi et le monde » (Gayral et al. 1953). Le syndrome touche plus les grands adolescents ou les jeunes adultes. Ce sont plus souvent des garçons vivant dans des zones très urbanisées. Ce phénomène mondial est particulièrement décrit au Japon où il concerne presque un million de personnes. Ces jeunes s'enferment dans leur chambre, refusant tout contact avec l'extérieur, certains ne parlent même plus à leurs parents. Ils limitent leur besoin pour ne pas avoir à faire au monde extérieur, ou passent par le biais d'internet pour les assouvir. Cette période de réclusion est prolongée, généralement supérieure à six mois. Il y a souvent une inversion du cycle nycthéméral associée, le jeune passant sa nuit à surfer sur internet, regarder la télé et lire. Le jeune ne s'accorde plus avec le rythme du foyer familial. Ce trouble des conduites s'accompagne d'une réelle souffrance. Son origine est au carrefour de la psychopathologie du jeune, des interactions familiales et de l'évolution sociétale. La psychopathologie se rapproche de celle de la phobie scolaire par son caractère développemental avec un blocage du processus adolescent et son lien avec des difficultés de séparation. Nous pouvons remarquer quelques similarités dans la dynamique familiale avec une certaine tolérance au début de la symptomatologie et la tendance à rejeter la responsabilité sur l'école. La démarche thérapeutique passe par un tiers familial neutre pour aider à l'ouverture progressive sur l'extérieur (Duverger et al. 2013).

c. Place dans la nosographie

La phobie scolaire, en tant que trouble ancré dans une dynamique développementale, est difficile à placer sur l'échiquier des pathologies psychiatriques. Une simple lecture de sa symptomatologie est plus aisée.

Le DSM (Diagnostic and StatisticalManual of Mental Disorders) mentionne le « refus scolaire anxieux » à partir de 1987, dans sa troisième version, mais n'en fait pas une entité

individualisée. Il est cité comme une conséquence soit d'une « phobie sociale », soit d'une « anxiété de séparation » (American Psychiatric Association et al. 2000). De même la CIM (Classification internationale des maladies) classe le refus scolaire parmi les angoisses de séparation de l'enfance. La phobie scolaire est classée comme entité diagnostique à part, uniquement dans la classification française de pédopsychiatrie (CFTMEA : Classification des troubles mentaux des enfants et des adolescents) au chapitre des troubles anxieux. L'anxiété de séparation est alors mentionnée comme critère d'exclusion (Misès 2012).

La classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent détaille le diagnostic comme suit :

- Parmi les catégories cliniques de base de l'Axe 1, la catégorie principale est celle des « Troubles névrotiques » (catégorie 2). La description de la sous-catégorie « Troubles névrotiques à dominante phobique » (2.2) est celle-ci : « Traits et mécanismes appartenant au registre phobique avec les symptômes caractéristiques, notamment les crises d'angoisse et les comportements de fuite devant un élément phobogène ». La correspondance CIM-10 donnée en référence est F40.9 « Troubles anxieux phobiques ».
- Une catégorie complémentaire sert à préciser le diagnostic toujours dans l'Axe I (9.22) Phobies scolaires. La description est la suivante : « Classer ici les phobies concernant la fréquentation de l'école sous leurs aspects manifestes ou dissimulés ». La référence CIM 10 donnée en corrélation est F94.8 « Autres troubles du fonctionnement social de l'enfance ».

On peut également placer la phobie scolaire dans la catégorie « phobie spécifique » type situationnel du DSM-IV et dans la catégorie « troubles névrotiques évolutifs à dominante phobique » pour la CIM-10 (Organisation mondiale de la santé . 1993).

Les critères diagnostiques du trouble phobique issus du DSM-IV (American Psychiatric Association et al. 2000) sont les suivants :

A. Peur persistante et intense à caractère irraisonné ou bien excessif, déclenchée par la présence ou l'anticipation de la confrontation à un objet ou une situation spécifique.

B. L'exposition au stimulus phobogène provoque de façon quasi systématique une réaction anxieuse immédiate qui peut prendre la forme d'une attaque de panique liée à la situation ou facilitée par la situation.

   NB : chez les enfants, l'anxiété peut s'exprimer par des pleurs, des accès de colère, des réactions de figement ou d'agrippement.

C. *Le sujet reconnaît le caractère excessif ou irrationnel de la peur. NB : chez l'enfant ce caractère peut être absent*[1]

D. La (les) situation(s) phobogène(s) est (sont) évitée(s) ou vécue(s) avec une anxiété ou une détresse intense.

E. L'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la (les) situation(s) redoutée(s) perturbent, de façon importante, les habitudes de l'individu, ses activités professionnelles (ou scolaires), ou bien ses activités sociales ou ses relations avec autrui, ou bien le fait d'avoir cette phobie s'accompagne d'un sentiment de souffrance important.

F. *Chez les individus de moins de 18 ans, la durée est d'au moins 6 mois*. [2]

G. L'anxiété, les attaques de panique ou l'évitement phobique associé à l'objet ou à la situation spécifique ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental tel un trouble obsessionnel compulsif (par exemple lors de l'exposition à la saleté chez quelqu'un ayant une obsession de la contamination), un état de stress post-traumatique (par exemple en réponse à des stimuli associés à un facteur de stress sévère), un trouble d'anxiété de séparation (par exemple évitement scolaire), une phobie sociale (par exemple évitement des situations sociales par peur d'être embarrassé), un trouble panique avec agoraphobie ou une agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

Avec ces critères diagnostiques, on constate un apriori sur le problème de fréquentation scolaire. D'après le DSM, soit l'enfant est gêné dans ses activités scolaires du fait d'une phobie spécifique, soit l'évitement scolaire est lié à une anxiété de séparation.

---

[1] Ce critère n'est plus nécessaire au diagnostic, même chez l'adulte dans le DSM-5, sorti en mai 2013.

[2] La durée minimum de 6 mois est par contre devenue un critère nécessaire, quel que soit l'âge, pour éviter de diagnostiquer par excès les peurs transitoires.

Le trouble anxiété de séparations dans le DSM IV a pour critère spécifié le refus d'aller à l'école, maintenant une ambiguïté et une confusion entre les deux entités (Brandibas 2005).

Le DSM-5, a déplacé le trouble anxiété de séparation du chapitre des « Troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence » au chapitre des « Troubles anxieux ».

La phobie scolaire ne figurant pas dans les classifications internationales, elle n'est pas reconnue par tous les psychiatres comme une entité clinique à part entière. Yamasaki et ses collaborateurs ont fait une enquête auprès de psychiatres pour tester la fidélité inter-juge du diagnostic. Seuls 71% des psychiatres posent le diagnostic de refus scolaire pour le cas-type proposé par les auteurs (Yamasaki et al. 1990).

III. Particularités à l'adolescence

L'adolescent peut fuir différents aspects du système scolaire (Scharmann 2011) :

- La confrontation au groupe de pairs qui entraine une dilution identitaire et une disqualification des parents.
- La compétition scolaire qui fait se rejouer la rivalité œdipienne.
- La réussite scolaire qui représente un enjeu familial fort.
- Le savoir qui nécessite l'accès à la symbolisation et à l'abstraction, et qui peut être le révélateur d'une carence narcissique.

a. L'individuation

L'individuation est le processus de caractérisation de l'individu, qui prend conscience de sa distinction par rapport à son entourage. Le premier processus de séparation-individuation se déroule, ainsi que Margaret Mahler l'a décrit, après la phase symbiotique[1] dans les premiers mois de vie. A l'adolescence, du fait des modifications corporelles, des

[1] Phase du développement normal caractérisée par un état de dépendance absolue à la mère.

sollicitations sexuelles et de l'accession à une pensée formelle, l'adolescent rejoue nécessairement une phase d'individuation (Brandibas 2007).

L'adolescence est l'étape de la vie où s'affirme l'identité de l'individu. Pour développer sa propre personnalité, l'adolescent se sent pris dans un dilemme entre le besoin de se nourrir de celles des autres et la nécessité de s'en différencier. Ce dilemme peut s'annuler avec l'intériorisation correcte des relations objectales (Jeammet and Corcos 2010). A l'adolescence, l'autonomisation prend un sens différent, car les capacités physiques de survie sans les parents sont en place. La maturation psychique est plus variable selon les individus. La subjectivation implique l'affirmation de soi, l'assurance de sa continuité et la différenciation entre soi et les autres.

L'école joue un rôle important dans ce processus d'individuation. A ce sujet Lebovici dit : « L'école est l'endroit où on apprend, grandit et se socialise, s'autonomise et où l'on devient en un mot un grand ou un adulte » (Lebovici and Le Nestour 1977). L'attribution d'une identité très précocement est de mise actuellement par la valorisation de la personnalité originale des bébés. Paradoxalement, cela peut entraver l'individuation de l'adolescent qui est déjà affublé par son entourage, d'une individualité caractérisée à laquelle il est difficile de faillir (Gauchet 2010).

Le fait que les enfants uniques ou les derniers d'une fratrie soient plus touchés par la phobie scolaire peut présumer une séparation difficile. L'histoire familiale peut être empreinte d'un risque d'abandon ou de perte qui fait se construire le sujet dans un lien de dépendance. La prise d'autonomie est bloquée par cette relation aliénante. L'adolescent est maintenu dans le fantasme que l'individu seul ne peut survivre (Huerre 2010).

Les auteurs s'accordent pour dire que la dépendance à la famille reste forte en cas de refus scolaire anxieux. L'adolescent réagit, de façon ambivalente, par de l'agressivité. Le désir d'autonomie semble chargé de culpabilité (Marcelli and Braconnier 2008).

b. Une pathologie développementale

La psychopathologie de l'adolescence montre que les troubles qui éclosent à cette période de la vie peuvent traduire une tentative du sujet à rejeter une part de lui, vécue comme une aliénation à ses objets d'investissement. Pour notre sujet d'étude, « Celui dont la réussite

scolaire était la fierté des parents se met en échec scolaire » (Jeammet and Corcos 2010). Ces pathologies s'apparentent généralement à des conduites d'auto-sabotage. Elles mettent en évidence un échec partiel du psychisme à ménager la relation œdipienne. L'échec et la souffrance auto-infligés présentent l'avantage d'être toujours accessibles au sujet et écartent le sentiment de dépendance au pouvoir d'autrui. La phobie scolaire se rapproche en cela d'autres pathologies émergentes à l'adolescence comme certaines formes d'anorexie et l'ensemble des conduites d'auto-sabotage. Ces pathologies dévoilent plusieurs points communs dans leur psychopathologie : une structuration fragile, la question centrale du narcissisme, une comorbidité dépressive prépondérante et une dynamique familiale problématique. Concernant l'organisation familiale, on retrouve des descriptions communes : un lien de dépendance anxieux, une mobilisation de la famille autour du symptôme, ainsi qu'une certaine tyrannie vis-à-vis des parents.

Le propre de la pathologie développementale serait-elle de bloquer au niveau de la reviviscence du complexe d'œdipe à l'adolescence, après une première étape œdipienne partiellement résolue dans la petite enfance ? On distinguerait ainsi un complexe d'Œdipe non élaboré dans la petite enfance, qui signerait une fixation à des stades très archaïques et de l'autre un complexe d'Œdipe dépassé dans la petite enfance mais dont la résurgence à l'adolescence serait impossible à élaborer. Dans le premier cas, les pathologies seraient du registre psychotique avec les dysharmonies graves du développement. Dans le second cas, on parlerait des pathologies émergentes à l'adolescence, du type anorexie, phobie scolaire ou troubles du comportement qui traduisent toutes des failles narcissiques.

Un autre élément questionne la similarité de ces pathologies, c'est la place centrale du paradoxe dans la symptomatologie. L'un des principaux paradoxes de la phobie scolaire est l'intérêt préservé pour les apprentissages qui peut faire écho au paradoxe que constitue l'attrait pour la nourriture dans la symptomatologie de l'anorexie mentale. La paradoxalité est une caractéristique fondamentale du fonctionnement adolescent (Mannoni 1989).

La phobie scolaire révèle un obstacle dans le processus de maturation. L'incapacité à se rendre à l'école présente une entrave au développement du sujet. Catheline et Marcelli parlent de « butée développementale » au même titre que les autres pathologies émergentes à l'adolescence. L'impossibilité de compromis, entre les exigences scolaires et la vie affective, contraint le phobique scolaire à abandonner l'école dans un système de tout ou rien. Dans

cette problématique narcissique, l'Idéal du Moi ne supporte pas les conflits amenés par le développement et la survenue de la puberté (Marcelli and Braconnier 2008).

c. Le savoir et l'adolescent

Sur le plan des capacités réflexives, des acquisitions capitales se font au moment de l'adolescence : l'abstraction, les opérations logiques formelles, le calcul combinatoire et l'élaboration d'hypothèses. Le fonctionnement intellectuel ne se base plus uniquement sur le réel (Mannoni 1989).

1. Les pulsions et l'inhibition de pensée

Freud fait le lien entre curiosité sexuelle et intellectuelle, la deuxième dérivant de la première par sublimation (Golse 2005). Pour Freud, la pulsion de savoir vient de l'intérêt « pratique » de connaître comment un puîné pourrait venir au monde. Le fantasme de la scène primitive sert d'organisateur premier du désir de savoir. Pour Sophie de Mijolla, le besoin de savoir est « vivace » car il aide à lutter contre le fantasme de mort.

La décharge pulsionnelle à l'adolescence, peut être vécue comme une menace pour l'équilibre du psychisme, en l'absence de bonnes capacités de sublimation. Cette vie pulsionnelle est pourtant indispensable à l'investissement scolaire. Tout est dans l'équilibre entre le plaisir de la recherche de ce que l'on ne sait pas encore et la peur qu'il faut affronter pour pouvoir lâcher ce que l'on sait déjà. C'est la confrontation à la relation d'inconnu, temps de béance « où se réactive tout le jeu des pulsions partielles » (Golse 2004).

Pour s'inscrire correctement dans les apprentissages, les pulsions doivent pouvoir être mises de côté et l'accession au plaisir différée, au profit d'un objectif plus abouti comme la réussite scolaire (Huerre 2010). L'écart entre l'idéal du moi et le moi ne doit pas être trop fortement jugé par le surmoi (Golse 2004).

L'inhibition de pensée à l'adolescence a pour but de bloquer la contamination de la pensée par le sexuel lorsque le refoulement des désirs œdipiens est insuffisant (Catheline 2010). Birraux parle de la « peur de penser ». A la puberté, une abrasion du désir d'apprendre peut être due à la sexualisation de la pensée qui fait craindre tout rapprochement physique ou intellectuel avec un adulte. L'apprentissage peut susciter un fantasme d'intrusion, de

pénétration, auquel l'adolescent répond par une conduite d'évitement. Ce blocage des mécanismes cognitifs peut faire croire à tort à une débilité (Cordié 2002). Kestemberg parle de phobie du fonctionnement mental. Cette peur survient chez certains adolescents qui lorsqu'ils éprouvent du désir ou du plaisir, placent l'origine de leurs émois à l'extérieur. Ils se sentent envahis, pénétrés, manipulés par autrui. Ils préfèrent retrouver un sentiment de libre-arbitre en se limitant à une pensée dépourvue d'affects qui reste factuelle et opératoire. Il y a une volonté d'occlusion du fonctionnement mental et des mécanismes qu'il suppose. Le plaisir d'associer, la capacité de rêverie et la satisfaction hallucinatoire du désir sont abolis par le rejet du jeu de la différence, de la présence et de l'absence (Jeammet and Corcos 2010).

Pour Mijolla-Mellor, l'inhibition de pensée fait qu'il y a un déni du déplaisir engendré par le manque à savoir (Mijolla-Mellor 2012). Hors la pulsion de recherche suppose une perte initiale et l'acceptation d'un « effondrement des certitudes » (Huerre 2010). La désexualisation des processus de pensée ne doit pas empêcher la persistance d'un désir de savoir. L'adolescent peut trouver ce bon équilibre si l'attente provoquée par le manque est supportable.

2. L'émergence d'une pensée personnelle

L'école apprend le « consensus », c'est-à-dire la capacité à coller à l'attente du professeur et à respecter l'idée collective (Dolto 2003). L'adolescent doit se dégager de l'idée qu'être élève est synonyme d'aliénation au désir de l'autre (volonté des parents, des professeurs, des thérapeutes). Un travail de subjectivation est nécessaire. Il faut pouvoir dépasser la simple mémorisation de connaissances pour venir critiquer des données et en tirer des conclusions personnelles.

Les adolescents acquièrent normalement la capacité princeps de critique dont ils se servent volontiers en premier vis-à-vis de leurs parents. Le plus difficile pour l'adolescent est de ne pas faire dépendre trop fortement son fonctionnement intellectuel de ses affects. Ainsi pris dans une certaine immaturité affective, l'adolescent a tendance à se précipiter dans ses jugements (Mannoni 1989).

Piaget a démontré qu'à partir de l'âge de 11-12 ans, l'enfant a accès à l'abstraction. Il n'a plus besoin de se baser sur des exemples concrets tirés d'une observation directe. Il peut

avoir une réflexion sur des idées seules. C'est la pensée formelle et la logique hypothético-déductive (Marcelli and Braconnier 2008).

Le recours à la pensée opératoire et les mouvements régressifs sont des échappatoires rassurantes utilisées dans la phobie scolaire. Ces jeunes ne s'autorisent pas le pouvoir d'un raisonnement libre et le plaisir d'une pensée réflexive propre qui assoit l'identité du sujet. La remise en question des croyances de l'enfance semble constituer une menace trop importante pour leur narcissisme (Catheline 2001). La scolarité ne peut se dérouler sereinement si il y a incapacité à se séparer psychiquement de ses parents pour investir le plaisir de penser par soi-même (Legrée 2012).

De fortes exigences scolaires sont source de conflits, mais ont un effet bénéfique sur le développement psychique. L'adolescent va dans un cadre structurant et valorisant s'autoriser à exprimer sa propre réflexion. L'idéalisation est au contraire paralysante. Les conflits ne sont pas tolérés et les études vont être investies dans un système en « tout ou rien ». On assiste alors à un hyperinvestissement du scolaire comme chez l'anorexique, ou un retrait total comme chez le phobique scolaire (François-Poncet 2005).

3. L'apprentissage scolaire à l'adolescence

La capacité d'apprentissage se situe à l'interface entre l'équipement neurobiologique et l'environnement psychologique et relationnel (Golse 2004). Apprendre nécessite de bonnes assises narcissiques, c'est-à-dire une sécurité de base suffisante qui permette d'affronter les conflits pulsionnels de l'adolescence.

Le rapport au savoir de l'adolescent est marqué par l'apparition d'un jugement négatif. Le savoir inculqué au collège paraît trop « formel, infantilisant ou en porte-à-faux » (Ferréol, professeur de sociologie à l'université de Poitiers, directeur du Laboratoire de recherches en sociologie de la connaissance in Huerre 2010). Le savoir délivré à l'école impose un certain mode de réflexion et de résolution de problème. Ce savoir brut, formaté, paraît trop rigide pour l'adolescent car ne sont pas prises en compte la sensibilité et l'intuition propres à cet âge.

Le fléchissement scolaire comme le souligne Marcelli, est typique de l'adolescence. Il survient un peu plus tôt chez les filles (13-14 ans) que chez les garçons (14-15 ans). Il signe le fait que l'adolescent se détache de l'approbation de ses parents vis-à-vis de ses résultats

scolaires. Ce désinvestissement est transitoire le temps que l'adolescent trouve un intérêt propre à investir à nouveau les apprentissages. Ce temps de « réappropriation » des investissements scolaires est un travail psychique nécessaire à l'adolescence.

Meltzer décrit deux étapes dans le désir de savoir : une première, pré-œdipienne liée au Moi Idéal et une deuxième, post-œdipienne liée à l'idéal du Moi. Le premier est un désir intense de s'approprier l'objet et son contenu avec le risque de le détruire. Pour le deuxième, la menace est la rivalité avec les images parentales (Golse 2005). Au collège, l'adolescent peut être confronté à la peur de dépasser ses parents.

Birraux explique que le travail scolaire exige des capacités de secondarisation. L'adolescent doit pouvoir bloquer ses désirs de régression et ses fantasmes pour poursuivre les apprentissages après la puberté et acccéder à l'abstraction (Huerre 2010). Apprendre, c'est aussi accepter de recevoir de l'autre sans se sentir envahi et « entrevoir en soi des capacités d'autonomie ».

L'école obligatoire a remplacé les rites d'apprentissage et a entraîné la dévalorisation de l'habileté manuelle. Elle exige de l'adolescent des compétences intellectuelles privilégiant les capacités verbales. Nous savons pourtant aujourd'hui bien tester différents types d'intelligence. L'intelligence pragmatique n'est pas assez mise en valeur dans le système scolaire classique. Le système scolaire ne sait pas révéler l'intelligence et l'imagination créatrices. Ainsi Darwin a été jugé d'élève « extrêmement médiocre » et Einstein de « débile » (Dolto 2003).

Les adolescents avec refus scolaire essayent de maintenir un travail scolaire, parfois acharné. Ils sont dans un désir d'apprendre mais leurs capacités cognitives et imaginatives sont souvent bloquées (J.-L. Sudres et al. 2004). La tension psychique que demande le travail scolaire à un certain niveau peut faire fuir l'adolescent qui n'a pas été préparé à rencontrer une difficulté et à surmonter un échec (Huerre 2010).

Pour Itard, les idées succèdent aux sensations. Bion souligne également que l'émotion intervient à l'origine du processus d'acquisition des connaissance, d'où l'importance du contexte affectif dans lequel se trouve le jeune pour s'inscrire dans les apprentissages (Golse 2005).

C. La prise en charge de la phobie scolaire

Il est nécessaire de mettre en place une action thérapeutique qui implique un changement significatif. Il faut penser, selon les cas, à un changement de milieu scolaire, une hospitalisation ou un accueil en hôpital de jour et procéder à une remise en cause profonde de l'équilibre familial.

I. Le travail avec l'école

Ce travail est absolument primordial. L'école a un rôle premier dans la recherche de solution à ce problème qui se manifeste, quelle que soit la raison, à l'école. Ce travail se fait en parallèle avec d'autres aides dans le champ familial et psychologique (Huerre 2010).

a. La gestion des absences et de la déscolarisation

Légalement, il existe une obligation de présence et d'assiduité à l'école jusqu'à l'âge de 16 ans, hors aménagement particulier d'école à domicile, dans un cadre très surveillé. L'article 10 de la loi du 22 mai 1946 définit les seuls motifs d'absence légitime : maladie de l'élève, maladie transmissible d'un membre de la famille, réunion solennelle de celle-ci, empêchement résultant de la difficulté accidentelle des communications, absence temporaire des parents lorsque leurs enfants les suivent. Quatre absences non justifiées doivent, d'après la loi, faire intervenir l'inspection académique.

Le décret n°66-104 du 18 février 1966 relatif au contrôle de la fréquentation et de l'assiduité scolaire précise que « les manquements à l'obligation d'assiduité scolaire telle qu'elle est définie par l'article 10, de la loi du 28 mars 1882, modifié par les lois des 11 août 1936 et 22 mai 1946, entraînent […] la suspension ou la suppression du versement des prestations familiales aux personnes responsables de l'enfant après que l'avertissement mentionné audit article leur a été adressé sans résultat, par l'inspecteur d'académie ou son délégué »

Une enquête de Baseline a été organisée au niveau européen dans de nombreux centres pour la prévention des absences à l'école (www.we-stay.eu: Working in Europe to Stop TruancyamongYouth). Il en est ressorti qu'il existe une association élevée entre des

problèmes d'ordre émotionnel et psychologique et les périodes d'absences excusées. Cela semble supposer que les absences pourraient être trop vite légitimées par les parents et/ou les médecins, retardant probablement la reconnaissance des cas et l'accès à une prise en charge adaptée (Resch and Brunner 2013).

La sanction est indispensable pour rappeler les limites et mentionner au jeune que la situation ne passe pas inaperçue. La sanction est également difficilement supportable pour les responsables de l'établissement qui savent que le problème est généralement ailleurs et que la priorité serait de travailler un projet (Huerre 2010). Le signalement dépend de la subjectivité du personnel du collège qui va estimer l'élève en difficulté ou non.

L'adulte (parent, enseignant, médecin) est mis en échec quelle que soit sa position. S'il adopte une attitude compréhensive et indulgente en aménageant les horaires, le risque est de maintenir l'adolescent déscolarisé de façon chronique. Au contraire, si l'adulte choisit la contrainte, en forçant l'adolescent à retourner normalement en cours, le risque est la recrudescence de l'angoisse. Certaines familles tardent à consulter malgré un absentéisme qui se prolonge plusieurs mois. Le signalement administratif réalisé par les établissements scolaires aide dans ce cas à l'accès aux soins. L'inspection académique note une hausse constante des signalements pour absentéisme (Baranger 2012).

Un rapport de recherche réalisé à l'université Segalen de Bordeaux en 2003 met en évidence l'effet bénéfique de la mise en place, suite au recensement des absences, de mesures de suivi individuel « en partenariat avec les personnels tels que les assistantes sociales, infirmières scolaires, médecins scolaires ». L'étude souligne également l'importance d'une intervention précoce dès les premières absences (Blaya 2003). C'est également dans ce cadre que l'intervention des Conseillers d'orientation-psychologues (COP) est intéressante. Les COP aident à la mise en place d'un projet personnalisé : changement d'orientation, stratégies de contournement de difficultés scolaires en l'absence d'erreur d'aiguillage, recherche de structures plus adaptées dans le rythme, l'organisation du temps, les relations avec les enseignants…

Quel que soit le degré d'absentéisme, il est toujours une souffrance pour l'adolescent qui sait qu'il transgresse le contrat explicite avec l'institution scolaire et le contrat implicite familial.

b. Le partenariat avec les professionnels du collège

Bourneville a initié la collaboration médecin-instituteurs pour les troubles psychiatriques chez l'enfant à la fin du XIXe siècle. Concernant la phobie scolaire, la multiplicité des facteurs en jeu impose d'autant plus la collaboration étroite de tous les intervenants. La diversité des regards est utile à l'élaboration d'une prise en charge adaptée et coordonnée.

La symptomatologie démarre le plus souvent au niveau de l'infirmerie scolaire. Ce premier maillon doit être exploité au maximum. Les fiches de l'infirmerie gardent en mémoire tous les passages de l'élève et permettent d'en analyser les récurrences et les éventuels évitements de situations précises (contrôle, cours d'une matière spécifique, activité physique…). Ces fiches renseignent sur l'heure, la date, la durée du passage ainsi que les causes déclarées par l'élève (Huerre 2010). Les causes les plus fréquentes de passage à l'infirmerie du collège sont les maux de ventre et les céphalées. Le médecin a la lourde tâche d'évaluer la part psychique de la plainte sans passer à côté d'une pathologie organique médicale voire chirurgicale.

Le médecin scolaire a un rôle central dans l'articulation soins-enseignement. Il est en contact étroit avec le psychiatre. Il apporte la vision médicale du problème au sein même de l'établissement.

La Commission Santé rassemble les acteurs indispensables de la prise en charge au sein de l'établissement scolaire. Elle se compose de l'assistante sociale, du médecin scolaire, de l'infirmière et du CPE[1]. Elle a pour but une première évaluation commune du problème scolaire. Pour chaque cas d'absentéisme repéré, il y a une mise en commun des informations et les professionnels tentent de répondre à la question : « Que cache ce comportement ? ». Selon l'origine envisagée les tâches sont réparties par compétences professionnelles. Les interventions sont décidées de façon priorisée pour chaque situation, pour ne pas cumuler des actions différentes sur une même période (Huerre 2010).

---

[1] Conseiller Principal d'Education

L'article 15 du décret 90-788 du 6 septembre 1990 définit les membres de l'équipe pédagogique. Pour chaque cycle, l'équipe pédagogique comprend tous les enseignants concernés : le directeur, les enseignants de chaque classe quel que soit leur statut (adjoint, remplaçant) et les membres du réseau d'aides spécialisées aux élèves en difficulté (RASED). Au sujet du rôle de l'équipe pédagogique, Pain, professeur des universités en sciences de l'éducation à Paris X-Nanterre dit : « Les équipes éducatives travaillent avec un certain succès à ce que renaissent, chez des jeunes en rupture de scolarité, des envies d'apprendre, d'être avec les autres, de construire des projets de formation et parfois même de retourner à l'école. »

La lettre Flash du ministère en date du 2 avril 2003 spécifie que « dès la première absence non justifiée de l'élève, le chef d'établissement doit engager le dialogue et la concertation avec la famille ». Il est primordial que la réponse apportée par les parents au refus scolaire de leur enfant s'articule avec l'intervention de l'école (Brandibas 2007). Les rencontres avec les familles constituent toujours une mine de renseignements pour l'équipe éducative. Elles servent d'éclairage capital pour la compréhension des difficultés scolaires de tout élève. Ces réunions présentent l'intérêt de sensibiliser les parents de façon anonyme. Elles sont un lieu d'information et de réflexion (Huerre 2010).

En fonction de la situation, le directeur prend l'initiative de réunir toutes les personnes auxquelles incombe la responsabilité éducative d'un élève. La composition de cette équipe éducative est fixée par l'article 21 du décret 90-788 du 6 septembre 1990. Il y est spécifié qu'elle peut rassembler les membres de l'équipe pédagogique, les parents, le médecin scolaire, l'infirmière scolaire et tout autre partenaire éducatif ou médical impliqué.

c. Les adaptations de l'école

Le simple choix de l'objet phobogène provoque une certaine remise en question de l'institution scolaire. Le système scolaire est excessivement normatif et l'élève qui a un statut particulier est trop souvent jugé et culpabilisé par les enseignants et/ou les autres élèves. L'école peut être révélatrice, mais parfois également cause de l'inadaptation de l'enfant. La phobie scolaire tient dans la dénomination générale de « syndrome d'inadaptation scolaire » (J.-L. Sudres et al. 2004).

L’enseignement tel qu’il est organisé au collège n’est profitable qu’à certains. L’apprentissage scolaire requiert une parfaite canalisation de l’énergie libidinale du besoin de savoir (De Mijolla-Mellor in Huerre 2010). Le système éducatif français se caractérise par une survalorisation assez exclusive des savoirs académiques. Le modèle d’intégration uniforme comporte un tronc commun long. Ce système scolaire pleinement « capabilisant » devrait pouvoir libérer les élèves du déterminisme socioculturel. Une plus grande flexibilité entre les orientations pourrait peut-être modifier la mauvaise réputation des voies professionnelles en France (Germain and Olympio 2012). Fénelon au XVIIe siècle propose déjà de rendre le savoir attrayant, plutôt que de punir et de forcer les enfants à un apprentissage dénué de sens.

Un effort de réflexion est mené pour une école mieux adaptée aux adolescents. Il semble nécessaire que l’adolescent puisse s’adresser à un adulte relais dans l’établissement, auquel il puisse faire confiance et qui lui donne le sentiment que le collège n’est pas totalement ennemi (Huerre 2010).

A partir de 1945, avec la loi de protection des mineurs, l’école adopte une logique adaptative pour s’adapter aux besoins des élèves selon leurs difficultés. Puis la loi d’orientation de 1989 dite loi Jospin crée les projets d’intégration individualisée scolaire (PIIS) et les projets d’accueil individualisé (PAI) pour les enfants porteurs de maladie.

L’article 17 de la loi n° 2005-380 du 23 avril 2005 d'orientation et de programme pour l'avenir de l'école précise que « Le conseil de classe présidé par le chef d'établissement dans le second degré se prononce sur les conditions dans lesquelles se poursuit la scolarité de l'élève. S'il l'estime nécessaire, il propose la mise en place d'un dispositif de soutien, notamment dans le cadre d'un programme personnalisé de réussite éducative. »

La loi de 2005 « pour l’égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées » oblige l’intégration scolaire pour tous les enfants. Le principe louable de non-discrimination comporte en soi le risque de « non-discernement » du type de handicap et au-delà, la non reconnaissance de l’altérité (de Peslouan 2011).

La « zone proximale de développement » désigne les conditions nécessaires d’accompagnement par l’adulte pour que le bébé se sente en confiance pour réaliser une tâche qu’il n’aurait pas su faire seul. Cette théorie, développée par Vygotski, a ensuite été reprise en

pédagogie. Il s'agit d'une zone cible d'enseignement entre une zone de rupture, trop difficile pour l'élève et une zone d'autonomie, trop facile, sans effet sur le développement des compétences.

II. Les modalités de soins

Le succès de la prise en charge dépend tout particulièrement du délai d'intervention dans cette pathologie à haut risque de chronicisation.

a. L'évaluation

La première étape de l'évaluation consiste à repérer les périodes d'absentéisme scolaire et les premiers signes d'alerte. Le repérage des difficultés est d'autant plus précoce que l'entourage familial est réactif (Blaya 2003). Il faut savoir s'il y a eu des épisodes antérieurs d'absentéisme ou d'angoisse. Cette évaluation fait partie des recommandations de bonnes pratiques HAS de 2005 portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans. Il est mentionné dans le chapitre sur les troubles anxieux qu'il faut « évaluer l'existence d'un absentéisme scolaire ». Il faut également rechercher des troubles associés comme des troubles du sommeil, des plaintes somatiques et une anxiété de performance (Recommandations Haute Autorité de Santé 2005).

Avant de proposer une aide à une situation d'absentéisme scolaire qui se fige, il faut bien étudier toutes les questions sous-jacentes (Huerre 2010). La complexité du tableau de phobie scolaire nécessite de repérer les différents facteurs qui s'influencent les uns les autres et d'essayer de mettre en évidence le « facteur dominant ». Il faut questionner systématiquement le développement psychomoteur de l'enfant, les acquisitions de la petite enfance et en particulier le langage, l'adaptation en maternelle, l'apprentissage de la lecture et de l'écriture, les relations avec les pairs, les événements traumatiques de vie et les séparations, l'investissement du savoir et de la culture au sein de la famille, etc. (Cordié 2002)

Il ne faut pas passer à côté de désordres instrumentaux à type de dyslexie-dysorthographie ou de troubles du langage qui seraient passés inaperçus. L'enfant peut être dans un blocage affectif vis-à-vis du système scolaire dans lequel il se sent incompris (Mannoni 1989). Il est primordial, au moindre doute, de faire pratiquer les bilans spécifiques

nécessaires : orthophonique, neuropsychologique et psychopédagogique. Ces bilans peuvent valider l'indication de rééducations spécialisées.

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, les conceptions sur la phobie scolaire sont très variées et complémentaires. L'investigation doit se baser sur ces différentes approches. Il ne faut pas méconnaître un des différents aspects du problème. L'évaluation doit se faire : sur le plan des apprentissages et du fonctionnement cognitif, au niveau affectif et également socioculturel. L'exploration nécessite un avis psychiatrique qui sera si possible complété d'une expertise psychologique, pédagogique, orthophonique, psychomotricienne et sociale. L'évaluation biopsychosociale se fait pour le sujet et sa famille (J.-L. Sudres et al. 2004).

Il faut pouvoir faire la part des choses entre ce qui relève fondamentalement du dispositif enseignant et ce qui nécessite absolument une étude des facteurs biographiques et affectifs. Ces consultations d'évaluations sont primordiales pour que s'instaure une alliance thérapeutique de bonne qualité (Marcelli and Braconnier 2008).

b. Le soin psychiatrique

La prise en charge psychiatrique s'impose par le retentissement évident sur les activités sociales et scolaires de l'adolescent. L'intervention doit être la plus précoce possible. La place centrale de l'école dans le trouble fait qu'il peut y avoir un retard dans la demande de consultation. Les parents espèrent que cela puisse se régler avec un aménagement au sein de l'école ou en changeant d'établissement.

La psychothérapie arrive en premier choix. Elle peut être d'inspiration analytique, cognitivo-comportementale ou systémique. La prise en charge psychothérapique a pour objectif de réapprendre à l'adolescent, des comportements, des interactions et des habitudes scolaires plus adaptés. Il est important d'adapter les stratégies thérapeutiques aux capacités cognitives réelles de l'adolescent, à la présence ou non d'un épisode dépressif comorbide, au rôle attribuable aux parents, et enfin à l'existence ou non de conflits familiaux susceptibles d'interférer avec le refus scolaire. Au final, le processus thérapeutique doit évoluer vers une possible prise de distance par rapport au thérapeute. L'adolescent, qui réalise que cette prise de distance est acceptable pour les soignants, peut alors réinvestir son projet scolaire (Huerre 2010).

L'important est que la famille soit intégrée au processus. Le succès de la thérapie dépend largement de la mobilisation et de l'implication des personnes ressources. En pédopsychiatrie, ce sont généralement les parents qui vont pouvoir aider aux modifications nécessaires et au maintien sur le long terme du changement de comportement. Le rapport de recherche de 2003 à Bordeaux met en avant l'effet protecteur d'un plus grand partenariat avec les parents pour les aider à accompagner leurs enfants dans leur scolarité au lieu de la stigmatisation actuelle (Blaya 2003). Les parents expérimentent, via l'institution soignante, des échanges sociaux contenants et sécurisants. La famille, via les soins, retrouve sa place dans la société (Egler and Baleyte 2012).

Le groupe thérapeutique a une place de choix chez les adolescents qui sont réfractaires à la confrontation avec le thérapeute. Nous décrivons l'intérêt de ce dispositif dans la partie clinique car il a fait partie intégrante de notre stage. Par ailleurs l'approche corporelle peut être utilisée pour ces adolescents ayant souvent des difficultés de représentation. Le but est la réappropriation de ce corps en pleine modification. Le travail sur les sensations peut servir de support concret à leur appréhension du changement et des limites, corporelles comme psychiques.

Une aide médicamenteuse d'appoint peut être nécessaire. Un traitement anxiolytique comporte un risque en déplaçant le sentiment de dépendance sur le médicament. Il doit être employé ponctuellement et à bon escient, en privilégiant une autre classe que les benzodiazépines. Le recours à un traitement anti-dépresseur a sa place lorsque la persistance d'une dimension dépressive est mise en évidence et qu'elle entrave l'efficacité du soin psychothérapique.

L'hospitalisation doit servir de solution de dernier recours lorsque les autres modalités de soin ont échoué. L'hospitalisation est réservée aux situations extrêmes, quand la déscolarisation se prolonge ou si le risque suicidaire est élevé. Elle peut être également indiquée dans les situations où le travail avec la famille semble compromis et qu'une séparation physique apparaît indispensable. La thérapie s'engage alors plus facilement dans un cadre neutre, loin de l'atmosphère familiale. L'hospitalisation permet d'interrompre le cercle vicieux d'anxiété et d'agressivité qui mène à des récriminations mutuelles et à une perte de contrôle des impulsions (Malmquist 1965).

c. *Un accompagnement pour la rescolarisation*

La déscolarisation en soi augmente le risque, pour plus tard, de chômage, de difficultés économiques, de tentatives de suicide, de pathologies psychiatriques et d'abus de substances. Le maintien dans le parcours scolaire est un des soucis majeurs en psychiatrie infanto-juvénile.

Un travail en amont est nécessaire pour que cette reprise de la scolarité ne se fasse pas de façon désorganisée et brutale. Le risque est de compromettre la suite de la prise en charge et de cristalliser le refus scolaire. Un certificat de déscolarisation temporaire peut aider à baisser la tension et permettre la reprise ultérieure dans des conditions plus sereines. Tout est mis en place pour sortir d'un conflit stérile entre l'adulte forçant et l'enfant, qui résiste d'autant plus, en face. Nicole Vacher Neill dit « si la reprise d'une scolarité doit se mettre en place, elle doit se faire au service du désir de l'adulte en devenir » (Huerre 2010). Par contre, cette reprise ne doit pas trop tarder. Un absentéisme prolongé engendre par lui-même potentiellement des complications aggravantes, comme un retard scolaire.

Un aménagement de l'emploi du temps peut être décidé en réunion de concertation. Le protocole est mis en place avec l'élève, la famille, l'équipe enseignante et les partenaires du soin. Il permet d'établir un nouveau cadre qui sert de référence. Ce protocole ne souffre alors aucune transgression afin de garder son rôle éducatif. Le PAI[1] est une forme de contrat qui permet de définir les aménagements de la scolarité qui se coordonne avec les soins proposés. L'objectif final dans les cas de phobie scolaire est, sauf exceptions, le retour complet dans le cadre scolaire. Les décisions prises lors de l'établissement du PAI concernent également la transmission des documents pédagogiques, le suivi de l'évaluation et le maintien d'un lien entre l'élève et sa classe (Huerre 2010). L'élève s'engage dans les objectifs fixés en commun.

Dans le cadre d'une prise en charge institutionnelle type hospitalisation ou hôpital de jour mais également au sein d'un CMP, un accompagnement spécifique autour de la reprise scolaire a montré son efficacité. Il est, le plus souvent, réalisé par un infirmier qui assure des entretiens dédiés à l'évaluation de cette reprise progressive. L'infirmier peut selon les besoins assurer l'accompagnement physique de l'élève pour se rendre à l'école.

[1] Projet d'Accueil Individualisé

La famille est rencontrée régulièrement par les soignants qui eux-mêmes assurent des liens avec le milieu scolaire. Cette articulation permet la rescolarisation de l'enfant en parallèle (Egler and Baleyte 2012). Une collaboration étroite entre l'établissement scolaire et les soins est indispensable pour que l'adolescent et la famille ne profitent d'aucune faille pour mettre à mal le dispositif de rescolarisation (Longueville and Lesclous 2012). Il peut être difficilement tolérable pour les parents de voir aboutir le projet de rescolarisation, retour à l'école qui était impossible et qui les a tenu en échec dans leur rôle parental. D'après Dessoy, ancien instituteur, penser la rencontre famille-école constitue la première phase d'un rite de passage (Dessoy 2004).

Les parents peuvent être tentés d'opter pour un enseignement à domicile qui les rassure par rapport à la poursuite des acquisitions scolaires pour leur enfant. Cette solution est fortement déconseillée car elle renforce la désocialisation et va dans le sens d'un climat familial anormal. L'adolescent a besoin de s'extraire du groupe familial pour sa construction. L'inscription au CNED[1] n'est accessible que par le biais d'un certificat médical qui justifie l'indication. Un accompagnement pédagogique peut aider à la reprise. Il est préférable qu'elle ait lieu dans le cadre du soin, dans l'institution.

D. Les enjeux familiaux

Nous nous intéressons à l'entité diagnostique « phobie scolaire » qui suppose une origine plutôt névrotique. Nous partons du postulat que les difficultés scolaires de l'adolescent sont liées à des facteurs familiaux. Nous cherchons à explorer les configurations familiales complexes associées à cette pathologie. Le risque est comme pour toute théorie de dévier vers un point de vue accusateur. Le but est bien différent, il s'agit d'identifier des modes de relations pathologiques pour accompagner et guider ces familles en difficultés.

Pour P. Mannoni, les difficultés révélées en milieu scolaire sont le témoin de difficultés affectives acquises antérieurement et donc au sein de la famille. Il dit à ce sujet : « le jeune transposerait ainsi sur le plan éducationnel les difficultés, qui, à un titre ou à un autre, ont leur origine dans un conflit familial » (Mannoni 1989). La conjugaison des exigences

[1] Centre National d'Enseignement à Distance

scolaires et familiales peut mener l'adolescent à déplacer sur l'école des conflits affectifs qu'il vit avec ses parents.

I. L'organisation du système familial

a. Les interactions familiales

Jay Haley, l'un des membres fondateurs de l'école de Palo Alto, énonce le principe qu'il est impossible que deux membres d'un système[1] occupent en même temps une position identique. Les membres d'une famille ne constituent pas un groupe de pairs. Il existe une hiérarchie dans les différentes fonctions de chaque membre. Les liens familiaux sont de trois types, conjugaux, parentaux et fraternels. Ces trois types de rapport assurent une richesse de motifs relationnels qui procure à chaque membre une ressource identitaire étendue (je suis le fils de…, le père de…, le frère de…). Caillé dit à ce sujet : « Les êtres humains peuvent être amenés à définir la nature de leur relation de façon si complexe qu'ils deviennent totalement prisonniers des règles qu'ils ont eux-mêmes établies » (Caillé and Selvini Palazzoli 2006).

L'accent est mis aujourd'hui sur le bonheur personnel ce qui modifie les liens familiaux, en particulier dans le couple, avec une position plus individualiste de ses membres (Goldbeter-Merinfeld 2011). Le grand paradoxe vient du fait que tout le monde tient à son indépendance mais souhaiterait fortement le soutien de l'autre.

Très tôt les auteurs évoquent, comme étiologie à la phobie scolaire des interactions familiales pathogènes (Kearney and Silverman 1995). Dès 1939, Partridge décrit des interactions familiales pathologiques avec un hyper-attachement à la mère. Les constellations familiales montrées du doigt sont le plus souvent une mère écrasante, fusionnelle, un père effacé et un couple parental pathogène (Girardon and Guillonneau 2009). Il existe cependant une grande diversité de schémas d'interactions familiales problématiques dans les familles avec refus scolaire. Le modèle phénoménologique décrit une chaîne circulaire d'interactions entre les membres de la famille qui aboutit à l'apparition puis à l'arrêt du symptôme (Caillé and Selvini Palazzoli 2006). D'après Marcelli, la phobie scolaire se constitue autour de

[1] Un système est un ensemble d'objets en relation. Dans son livre *Théorie générale des systèmes*, Von Bertalanffy décrit des systèmes ouverts qui échangent avec leur environnement et des systèmes fermés qui ont tendance à s'auto-organiser et à se rigidifier.

défaillances d'identification au parent du même sexe et de l'incapacité de la figure paternelle à s'interposer dans la relation primaire mère-enfant.

L'enfant qu'il soit unique ou à une place protégée par rapport au reste de la fratrie, « le petit dernier », va au moment de l'adolescence, aviver les clivages au sein de la famille. Le couple parental est malmené et par conséquent l'adolescent aussi est menacé (Dolto 2003). L'adolescent est à la fois acteur et victime de ce remaniement interactionnel. Les enfants élevés comme des enfants uniques ont généralement une adolescence plus difficile et ont tendance à prolonger leur séjour au foyer parental. Ces familles n' acceptent pas l'ouverture sociale de leur adolescent. La coappartenance à plusieurs groupes n'est pas tolérée, chaque nouvelle relation va être vécue comme potentiellement destructrice (Egler and Baleyte 2012).

Bernstein et al. (1990) ont utilisé l'échelle du « Family Assessment Measure » (FAM) (Skinner et al., 1983) chez 76 familles avec refus scolaire. Les difficultés dans le fonctionnement familial ont été identifiées par les sous-échelles Attribution de rôles, Valeurs et Normes. Les difficultés avec les attributions de rôles suggèrent un manque d'accord entre les différents membres de la famille concernant les rôles de chacun et des difficultés d'adaptation à des nouveaux rôles (King and Bernstein 2001).

b. La communication dans la famille

Il existe deux types de communication digitale et analogique. La complexité de la communication vient du fait que les deux types sont employés sans arrêt et de façon simultanée. La partie digitale est faite des mots employés et de la syntaxe utilisée. La partie analogique est faite de l'ensemble des informations autour comme l'intonation, la prosodie, les mouvements qui accompagnent la conversation, les mimiques… Tout ce qui vient nuancer les propos. Paul Watzlawick place ainsi la communication analogique à un niveau supérieur et parle de métacommunication. Elle renseigne de manière beaucoup plus juste sur le sens de la communication. Un même contenu digital peut être utilisé de telle sorte qu'il signifie deux choses opposées. L'exemple le plus évident est celui de l'ironie. C'est bien la partie analogique (par exemple le ton de la voix, le sourire) qui détermine la nature de la communication. De plus, les humains utilisent très souvent un langage symbolique, ce qui augmente la complexité des interprétations (Caillé and Selvini Palazzoli 2006).

Des axiomes fondamentaux régissant la communication, ont été décrits par l'école de Palo Alto[1]:

- On ne peut pas ne pas communiquer. Tout comportement est communication. Par exemple, le refus de parler est un message en soi.
- Ce qui est transmis, c'est de l'information, non de l'énergie.
- Dans toute communication, il y a 2 niveaux : le contenu et la relation. Le contexte donne la signification au message.
- La ponctuation de la séquence de communication peut varier en fonction de l'interlocuteur. Il y a une circularité de l'échange. Vouloir fixer une ponctuation est donc artificiel. L'interrelation est faite de séquences ininterrompues. La causalité est circulaire. Le fait de fixer une ponctuation est arbitraire et donc, source de conflit.
- La différence d'interprétation entre le langage de type digital et analogique.
- La position des communicants indiquent s'il s'agit d'une interaction symétrique, égalitaire ou complémentaire. Un échange communicationnel complémentaire correspond à une différence de positions des interlocuteurs. Il peut s'agir d'une relation de domination/soumission ou de dépendance/assistance… Il est intéressant de voir si cette relation est évolutive selon les situations ou si on a affaire à un système relationnel figé où chacun des protagonistes reste dans l'une des positions.

La communication paradoxale, le « double-bind » désigne un usage de la communication analogique qui vient affaiblir, modifier ou nier le message digital. La situation est a priori insoluble. Les conditions suivantes doivent être réunies pour aboutir à cette double contrainte :

- Mise en jeu de deux personnes minimum, dont une joue le rôle de « victime ».
- Une injonction « primaire », en général verbale, qui comprend une menace de punition affective.
- Une injonction « secondaire », qui vient contrecarrer la précédente à un niveau d'abstraction plus élevé. Les deux injonctions envoient donc un message paradoxal.

---

[1] Chercheurs américains autour de Gregory Bateson, anthropologue : Watzlawick, Weakland, Haley, Fisch, Fry, Don Jackson.

- La victime est maintenue en position basse, bloquée dans ses capacités d'analyse. Elle ne peut pas méta-communiquer[1] sur le paradoxe vécu
- Cela entraîne une souffrance et une confusion chez la personne soumise à cette situation.
- L'expérience doit se répéter. La relation entre les deux interlocuteurs est vitale et durable, comme dans un lien de filiation par exemple.

Ces doubles-liens ont été mis en évidence en premier dans les familles dites « psychotiques » mais ils sont retrouvés dans toute communication intra-familiale. Dans le contexte familial, on peut retrouver par exemple, deux parents qui exigent chacun un lien exclusif de la part de leur enfant. Cela peut aller jusqu'à une triangulation néfaste où chaque parent utilise l'enfant comme allié contre l'autre parent. L'enfant est soumis à ses deux demandes oppressantes qui se contrarient. Un autre exemple très connu est celui de l'injonction d'une mère à son fils : « Sois spontané ! ».

L'utilisation abusive de ce mode de communication dans une famille a des conséquences néfastes sur l'enfant « victime ». Il peut réagir sur un mode soumis avec un comportement de résignation, de repli sur soi ou au contraire exprimer une certaine agressivité ou violence qui le dépasse. Des troubles psychiques peuvent apparaître ou s'aggraver.

Seule une personne tierce, neutre, comme le psychothérapeute, peut aider à la prise de conscience de ce fonctionnement et aider à modifier ce système relationnel pathologique.

Le modèle sociétal, en lui-même, peut être source de messages paradoxaux au sein des familles. Les adolescents d'aujourd'hui, se voient exiger de leurs parents deux comportements contraires. Ils doivent valider par leur comportement leur appartenance familiale tout en faisant preuve d'une capacité précoce d'autonomie. Cette « incohérence éducative » laisse perplexes les enfants comme leurs parents (Gaillard 2012).

---

[1]Il existe deux niveaux logiques dans la communication : le langage et le métalangage. Le métalangage sert à parler sur le langage.

II. La théorie systémique

Le postulat de cette théorie est le suivant : le fonctionnement psychique de l'individu est conditionné par la nature de ses échanges relationnels. Pour les troubles scolaires, l'approche systémique est initiée en 1964 par Miller et Westman (1964).

a. Les fondateurs

La théorie systémique est née de la volonté d'étudier l'individu dans son environnement. Elle se détache du modèle individuel de la psychanalyse et fait l'hypothèse d'une causalité circulaire entre un individu dit « perturbé » et son entourage. Le principe fondamental de cette théorie est la prise en compte du contexte. L'attention est portée sur les relations et les interactions entre les individus qui fonctionnent en circularité.

Apparue aux Etats-Unis dans les années cinquante, la thérapie familiale s'est appuyée sur diverses disciplines : sociologie, biologie, psychanalyse, etc. D'emblée divers courants se sont individualisés. Gregory Bateson, zoologiste et anthropologue, a ouvert la voie à l'école de Palo Alto, fondée en 1959, où il commence par étudier la schizophrénie avec des psychiatres comme Erickson ou Paul Watzlawick. Ils développent ensuite une approche de la famille comme système et mettent l'accent sur les phénomènes de communication. Le véritable pionnier de la thérapie familiale "sur le terrain" est Nathan Ackerman, pédopsychiatre et psychanalyste, qui, en observant dans les années 30 des familles touchées par la crise économique, a perçu l'importance des facteurs sociaux et familiaux aussi bien qu'individuels. En France, les premiers centres de thérapie familiale n'ont ouvert qu'à partir de 1980.

b. Les grands principes

1. Le mythe familial et la dimension transgénérationnelle

Ferreira en 1963 dans « Family Myth and Homeostasis » pose pour la première fois le concept de mythe familial comme phénomène systémique (Ferreira 1963). Du mythe découlent les métarègles qui organisent le fonctionnement familial. Le mythe familial n'est pas produit par un seul individu mais par le groupe naturel tout entier. Chacun des membres

du système familial contribue à son maintien. Le mythe ne correspond pas à la façade que la famille, en tant que groupe, essaie de présenter aux autres. Elle est l'image interne qui renvoie à chaque membre son rôle reconnu par le groupe familial. Bien que faux et illusoires, ces rôles et attributions sont acceptés par chacun comme quelque chose de sacré et tabou que personne n'ose analyser et encore moins transgresser. Ainsi en thérapie, pour maintenir le mythe familial intact, l'individu s'opposera de toute force à sa mise en évidence et ira jusqu'à refuser d'en reconnaître l'existence. Le mythe décode le comportement des individus dans la famille en même temps qu'il en cache les motivations.

Le mythe familial rassemble les croyances partagées par les membres du groupe sur ce que signifie « être né de… ». Il guide également la manière de se comporter selon la situation. Il donne une manière de voir le monde selon les références de la famille. Il a une fonction « d'organisateur » (Rey and Gaillard 2001). Le mythe familial, s'il est un élément « structurant » de la famille, peut cependant devenir source de souffrance et de pathologie quand il se rigidifie et contrecarre les processus évolutifs.

Le mythe peut maintenir une famille séparée de la réalité extérieure. Les règles et les valeurs familiales peuvent être en trop grand décalage avec celles qu'imposent la société et en particulier l'école. De plus, si le cadre familial est rigide concernant le rôle de chacun, il peut ne pas supporter l'adaptation à des nouveaux rôles. Ces nouveaux rôles sont pourtant nécessairement imposés par l'ouverture du système lors de la scolarisation de l'enfant.

La dynamique semble provenir d'une double contrainte entre un mythe familial porteur de cohésion et une défaillance du couple parental à pérenniser les rituels validant le mythe. L'esprit de famille peut empêcher l'autonomie. Ce choix impossible crée une souffrance qui n'est pas exprimable autrement que par le symptôme. Cependant le symptôme paradoxalement renforce le sentiment d'incapacité. Il renforce la dépendance et l'appartenance à un mythe, ce qui fige d'autant plus les relations.

La définition des rôles telle qu'expliquée plus haut, peut avoir son origine placée loin dans le passé. Ces expectatives peuvent être héritées d'une génération à l'autre. La signification fonctionnelle de ces rôles est ainsi oubliée depuis longtemps (Caillé and Selvini Palazzoli 2006). La survivance d'un lien particulièrement fort entre les membres d'une famille est, le plus souvent, déductible de l'histoire familiale (Schweitzer and Ochs 2003). Des patterns phobiques peuvent être transmis de génération en génération de façon

pernicieuse (Sperling 1967). L'adolescent acquiert des conduites induites par le comportement parental, lui-même hérité de façon plus ou moins consciente et rationnelle (Mannoni 1989). On comprend alors que se développent des rapports interpersonnels d'une complexité certaine. La situation d'échec scolaire peut faire écho à des fantasmes parentaux du type : hérédité d'une débilité dans la belle-famille (Cordié 2002).

Aujourd'hui, la famille nucléaire semble seule compter en apparence, mais la loyauté envers les aïeuls reste forte (Goldbeter-Merinfeld 2011). Les « mandats transgénérationnels » décrits par Lebovici, destinent un membre de la famille, par des mouvements inconscients, soit à la réussite soit à l'échec (Golse 2004). L'effet des « non-dits » dans ce sens peut être particulièrement entravant. Le jeune est freiné dans son développement sans en avoir les explications sous-jacentes. Le dépliement des histoires familiales est une entreprise très délicate et doit se faire au rythme des patients.

2. L'homéostasie familiale

La tendance à l'homéostasie provient de l'importance pour un système à assurer sa survie. La famille doit être en capacité de se transformer perpétuellement. Cette évolution permanente de la famille est inhérente à son cycle vital (naissances, développement des enfants…). L'évolution d'un seul individu modifie l'ensemble du système. Ce phénomène est basé sur le principe de non sommativité décrit par Von Bertalanffy à propos des systèmes. Le système est un tout et son fonctionnement ne peut pas être expliqué par la simple addition des comportements de chaque membre (Bertalanffy and Chabrol 1973).

La famille craint, à chaque ouverture sur un nouveau groupe, non seulement, la perte de son homéostasie, mais aussi, l'effacement de ses frontières, et donc, la perte de son identité (Rey and Gaillard 2001).

L'enfant serait porteur du problème familial (Haley, 1976). Les symptômes, présentés par le patient identifié, sont repérés dans leur contexte relationnel et considérés comme une solution de compromis, visant au maintien de l'homéostasie familiale. Le symptôme est l'expression d'une souffrance liée au fait d'être tenu dans une position intenable à l'intérieur d'un jeu relationnel (Lebovici and Le Nestour 1977). Le symptôme sert de tentative pour dégager la famille d'une crise qui la menace et sa persistance tient souvent d'une certaine coopération au sein de la famille. La phobie scolaire peut servir de solution de compromis.

L'enjeu scolaire est utilisé pour maintenir l'équilibre dans la dynamique familiale, tout particulièrement au moment de l'adolescence. L'école sert de terrain privilégié à l'adolescent pour exprimer ses difficultés et son mal-être (Marcelli and Braconnier 2008).

Les lois de l'homéostasie font que l'induction extérieure d'un changement dans le fonctionnement du groupe vient renforcer les règles existantes. A l'inverse, l'observation passive des règles actuelles actualise la nécessité d'un changement. Chaque membre du groupe reconnaît un malaise existant.

3. Le concept de « patient désigné »

Le patient désigné est le membre malade qui amène la famille à consulter. Il sert en quelque sorte de catalyseur du problème familial. L'enfant peut servir de bouc émissaire à un conflit parental, qui grâce à ce déplacement, reste latent. Dans une causalité circulaire, le patient désigné participe également aux dysfonctionnements relationnels du système.

L'un des membres de la famille peut être "désigné" inconsciemment par les autres, pour porter la trace de la pathologie affectant tout le groupe. La psychothérapie s'est d'abord intéressée à l'individu dit "à problèmes". Puis, en explorant ses relations avec ses proches, en observant leurs interactions, en repérant les alliances, les pouvoirs, les conflits, les coalitions, etc., elle a mis en évidence qu'une famille fonctionne comme un système. La famille peut adopter un mode de fonctionnement dysfonctionnel. L'expression de soi et l'épanouissement n'y sont pas possibles. La communication, généralement, y est pathologique.

Ce phénomène de patient désigné est d'autant plus marqué en pédopsychiatrie du fait qu'un enfant s'attribue volontiers la responsabilité des dysfonctionnements familiaux. La névrose ou la psychose de l'adolescent n'est souvent que l'issue morbide d'une organisation familiale vicieuse. Le fonctionnement familial oblige l'adolescent stigmatisé à endosser ce rôle de malade (Mannoni 1989).

D'après Caillé, la famille a une position ambiguë face au symptôme en considérant le patient désigné, à la fois comme malade et comme malintentionné. Si le comportement est perçu comme incontrôlable, le terme de maladie est employé. Cependant le patient suscite également de l'agacement chez les autres membres de la famille puisqu'il est supposé pouvoir contrôler son comportement. Il y a une coopération des différents membres de la famille pour

confirmer comme déviant le comportement symptôme et pour que chacun endosse le rôle, soit d'accusé, soit d'accusateur (Caillé and SelviniPalazzoli 2006).

Le patient désigné en concentrant la pathologie familiale peut permettre une réorganisation familiale qui amène un certain apaisement. Une des interprétations possibles de la nouvelle de Franz Kafka, *La Métamorphose,* peut être celle de l'illustration de ce phénomène (Kafka 1915). Gregor en tombant malade (transformation en un insecte monstrueux) permet à son père de reprendre un statut et à sa sœur de s'épanouir.

III. La famille et la phobie scolaire

a. La famille et ses relations avec l'école

Les relations de la famille avec l'école sont multiples. Il peut exister une éventuelle rivalité ou au contraire complicité avec les enseignants, le niveau d'investissement personnel des parents pour les apprentissages est variable, de même que l'intérêt pour les études, la relation de confiance avec l'institution scolaire peut être plus ou moins entachée. L'histoire propre des parents est source de projections fantasmatiques sur celle de l'enfant.

Il s'instaure de façon implicite un contrat, entre l'enfant et ses parents, qui conditionne l'engagement dans la scolarité. Les parents transmettent de façon inconsciente leurs représentations du système scolaire, leurs ambitions narcissiques, leurs projections et les valeurs culturelles familiales associées. L'expérience scolaire propre aux parents peut conditionner le regard porté sur l'école, sur les enseignants mais aussi sur leur enfant (Deroy 2006). Une étude réalisée en 2003 à Bordeaux prouve la conséquence positive de l'intérêt porté par les parents sur la scolarité de leur enfant. Ce rapport de recherche parle aussi des représentations positives de l'école chez les parents comme facteur protecteur contre l'absentéisme scolaire (Blaya 2003). La culture d'origine des parents peut être en grand décalage par rapport à l'environnement scolaire de l'enfant. Il peut y avoir un échec à surmonter cette « dissonance culturelle » entre les contenus d'apprentissage du collège et le système de valeurs ou de représentations propres au milieu familial (Huerre 2010).

L'enjeu pour la famille est de maintenir sa cohérence identitaire et sa sécurité affective tout en s'intégrant à la société, en particulier par la reconnaissance scolaire. Une balance doit se faire entre la cohésion familiale et son adaptabilité. Olson définit « le modèle circomplexe

du système familial » avec ces deux dimensions, la cohésion et l'adaptabilité (Figure 1). La cohésion se compose des liens affectifs entre les membres de la famille. Il existe quatre niveaux, du plus bas : famille « désengagée », à « séparée », puis « reliée », et enfin « empêtrée ». L'adaptabilité est la capacité de la famille à modifier sa structure et son organisation selon les stress situationnels et développementaux. Quatre niveaux sont également décrits, du plus faible : famille « rigide », à « structurée », puis « flexible » et au maximum « chaotique ». Le modèle propose ainsi 16 combinaisons dont les quatre types centraux (petit cercle sur la figure) sont considérés comme « équilibrés » (Olson cité dans Brandibas 2007). Les familles au fonctionnement pathologique peuvent correspondre aux 12 autres combinaisons possibles (en rouge sur la figure).

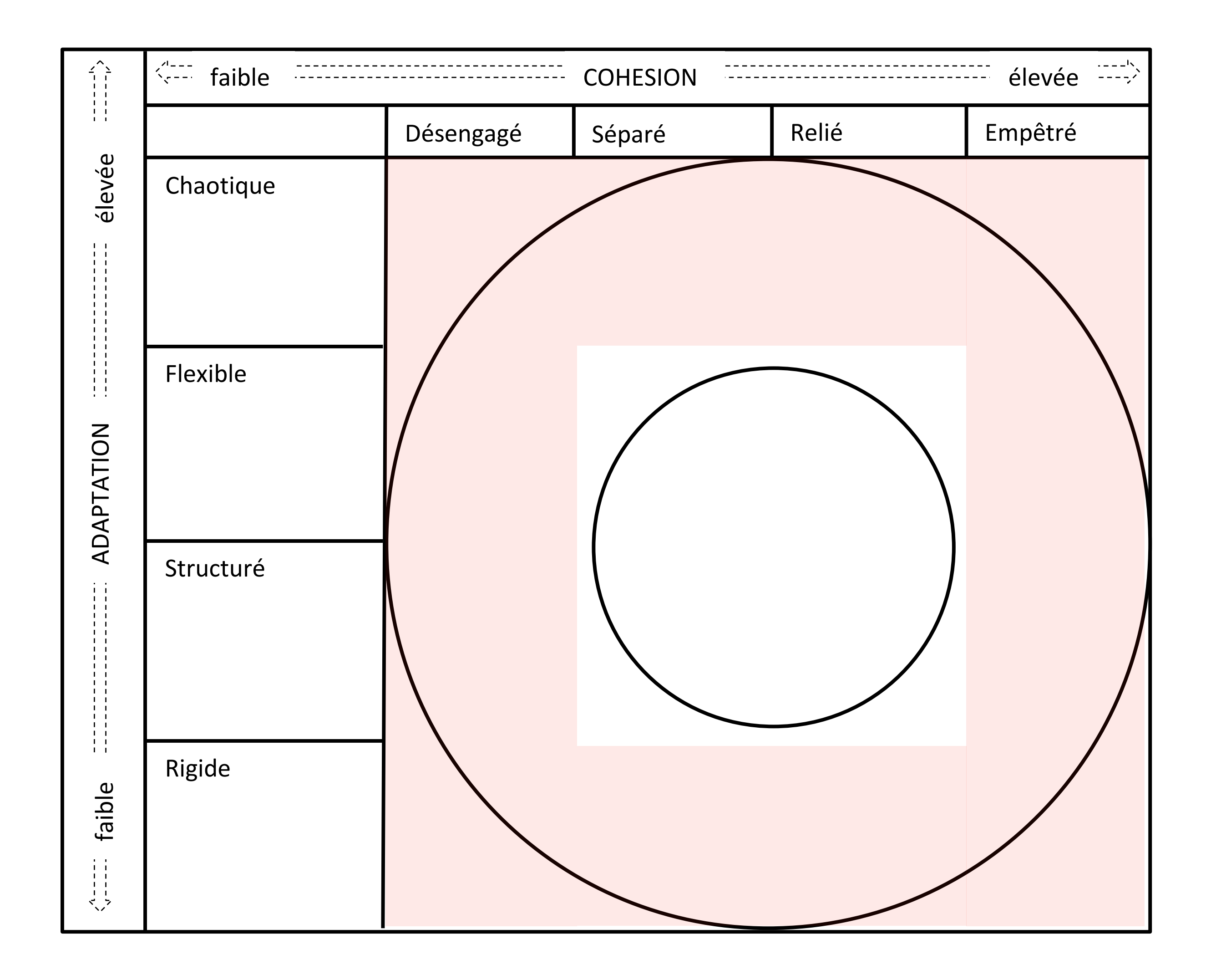


Figure 1: Le modèle circomplexe de Olson

La dynamique familiale transgénérationnelle peut imposer aux parents des projections quant au parcours scolaire de leur enfant (Huerre 2010). Sans le savoir, les parents peuvent transmettre à leur enfant une mission de type réparation, vengeance, réussite, rivalité, opposition qui est héritée de l'expérience scolaire des membres de la famille. L'inadaptation scolaire d'un enfant peut s'intégrer au modèle familial, nourri d'attitudes défectueuses et d'insatisfaction générale (Mannoni 1989). On peut se demander qui est phobique et si certains parents n'ont pas eux-mêmes des difficultés à se rendre à l'école pour rencontrer les professeurs. Ces craintes font écho au vécu de leur propre scolarité.

L'adolescent peut subir une certaine pression vis-à-vis de sa réussite scolaire. Nous pouvons citer le cas de parents qui n'ont pas eu la chance de pouvoir poursuivre leurs études et qui réalisent à travers leurs enfants leur désir avorté. Cette exigence devient menaçante au moment de l'adolescence. A l'opposé, l'ambition peut être absente dans certains milieux défavorisés, le savoir scolaire peut être disqualifié par les parents et ainsi mettre en porte-à-faux l'adolescent entre deux modèles, celui du milieu familial et celui de l'institution scolaire.

Les parents qui investissent de plus en plus leur enfant, et qui valorisent sa singularité, ne supportent pas l'idée que l'école puisse ne pas le reconnaitre à sa juste valeur (Gauchet 2010). Ce phénomène de plus en plus courant avec un enfant tout puissant qui se place alors dans une position de défiance vis-à-vis de l'institution scolaire. L'adolescent et sa famille ne sont alors plus dans une alliance constructive avec le système scolaire.

b. Le fonctionnement familial et la phobie scolaire

1. La famille et son lien au symptôme

Comme nous l'avons vu, les thérapies familiales partent du postulat que le symptôme sert de régulateur au système familial. Pour Haley, le symptôme est un compromis à une séparation qui est impossible (Haley et al. 1991). Le conflit est trop important entre les finalités propres de l'adolescent (autonomie) et les finalités familiales de cohésion.

Si les enjeux familiaux sont contradictoires et trop difficiles à démêler, l'adolescent s'en sort en endossant le statut de « malade ». Dans le cas de la phobie scolaire, nous pouvons voir des ambitions parentales marquées par l'ambivalence. Par exemple, un parent pousse son

enfant à réussir où il a lui-même échoué mais à la fois ne supporte pas l'idée d'être dépassé. L'adolescent fuit la situation de contrainte et prend la voie de l'absentéisme (Huerre 2010).

Une défaillance parentale au moment de l'adolescence, une indisponibilité des parents psychique ou physique du fait d'un événement traumatique, font que la verbalisation dans la famille n'est pas possible. L'adolescent ne peut pas s'appuyer sur ses parents pour développer sa pensée personnelle. Le symptôme scolaire apparaît comme le seul recours. Le symptôme prend place « au carrefour de la vie familiale et de la vie individuelle ». Les conflits familiaux entravent les capacités parentales de soutien et d'accompagnement, indispensables à l'aboutissement des phases de maturation. Le symptôme tient en échec les parents. Le sujet s'inscrit dans une néo-identité, empreinte du symptôme, qui maintient dans un fantasme de parthénogenèse avec déni du rôle des parents et de la scène primitive (Jeammet and Corcos 2010).

Le fait que les parents soient au courant que leur enfant reste à la maison pendant les heures de cours interpelle sur « leur participation plus ou moins active » au symptôme (Brandibas 2005). La chronicité du symptôme peut être un indice de la nécessité de la pérennisation d'une relation pathologique (Sperling 1967). L'absence de changement comportemental fait risquer l'abandon des soins par les parents.

L'évidence du symptôme fait qu'il est l'objet d'attaques par tout l'entourage (enseignants et parents). L'entourage est convaincu que le symptôme constitue l'entièreté de la maladie et que le retour à l'école signe la guérison. Sperling met en garde contre la levée rapide du symptôme. Le retour en classe sert souvent de prétexte pour arrêter les soins et pour préserver un lien relationnel pathologique dans la famille (Sperling 1967). Les interruptions thérapeutiques sont fréquentes. La guérison symptomatique doit s'accompagner d'une véritable évolution de l'adolescent. Il doit avoir pu développer des outils pour se protéger d'une excessive dépendance aux objets externes (Jeammet and Corcos 2010).

2. Les attitudes parentales

Nous avons retrouvé dans plusieurs articles des hypothèses concernant le lien entre des réactions parentales marquées et l'éclosion ou le maintien d'une phobie scolaire.

Tout d'abord, les exigences scolaires parentales ont un double effet. Elles procurent au jeune adolescent un cadre structuré qui soutient les apprentissages. Cependant si ce cadre est trop rigide l'adolescent ne va pas se permettre de s'aventurer à en sortir. Ce « maternage sévère » va le maintenir dans une immaturité affective, où les processus de pensée libre seront bloqués (François-Poncet 2005). Le jeune va vite se sentir en difficulté pour tout ce qui sollicite un raisonnement personnel.

Van Houten étudie, en 1948, douze cas de phobie scolaire. Onze des douze familles souffrent d'une mauvaise entente dans le couple parental. Dans huit situations, le père est décrit par la mère comme passif, faible, dépendant. Il lui est reproché de ne pas s'intéresser suffisamment à la vie familiale, obligeant la mère à endosser un maximum de responsabilités. En miroir, les mères, au lieu de s'en défendre, hyperinvestissent les tâches liées à la maison (Van Houten 1948). Le système s'installe dans ce fonctionnement pathologique dont le père est exclu.

P. Mannoni décrit deux positions parentales face au refus scolaire de leur enfant et leurs conséquences respectives. Pour lui il y a d'un côté les « parents qui accusent », réagissant de façon plus agressive voire rejetante, et de l'autre côté, « les parents qui excusent » et qui ont tendance à surprotéger leur enfant. L'adolescent peut se servir des manifestations somatiques comme moyen de chantage vis-à-vis de ses parents (Mannoni 1989). Au final, le symptôme renforce le lien de dépendance que fuit l'adolescent.

L'entourage peut cristalliser la situation de phobie en réagissant de façon désadaptée. Il y a renforcement implicite de la part de la famille sur l'anxiété de l'adolescent Les parents qui ne tolèrent pas l'état d'échec dans lequel leur enfant apparaît, vont manifester de la déception, de la colère et enchaîner les punitions (Cordié 2002). Le processus s'aggrave par perte de l'estime de soi chez l'adolescent qui ne se sent plus capable de retourner à l'école. Les parents peuvent aussi se rattacher à une hypothèse explicative d'un trouble qui pourrait bénéficier d'une rééducation spécifique. Le symptôme se construit alors avec la multiplication de consultations spécialisées et de tests divers.

Souvent chacun des parents arrive avec un modèle explicatif différent concernant le refus scolaire de leur enfant. Leurs tentatives pour résoudre le problème ont été infructueuses du fait de l'absence de consensus à propos de l'attitude à adopter face au comportement de

leur enfant. Cette position éducative devient un véritable sujet de conflit entre les parents (Bryce and Baird 1986).

c. La prise en charge familiale

L'intérêt d'une prise en charge familiale en pédopsychiatrie n'est plus à prouver et un grand progrès a été fait pour inclure les parents dans les soins. A l'adolescence, la description de la « crise parentale » par Braconnier et Marcelli (1980) renforce l'idée d'un abord thérapeutique qui englobe nécessairement le groupe familial en entier. Par ailleurs, tout pédopsychiatre a pu expérimenter le sentiment de voir un enfant ou un adolescent amener ses parents à la consultation, plutôt que l'inverse. Le besoin d'un soutien parental est prégnant dans la phobie scolaire car les parents sont très sollicités par les troubles de leur enfant. Les parents sont envahis d'un sentiment d'impuissance et d'échec.

Un comportement de refus scolaire représente pour un thérapeute familial un phénomène extrêmement intéressant, parce qu'il repose souvent sur une situation où se mêlent des processus apaisants et aggravants à plusieurs niveaux systémiques. Sur ces divers niveaux systémiques, il faut travailler intensivement et de manière différente selon chaque cas (Schweitzer and Ochs 2003). Cibler les difficultés dans la dynamique familiale est essentiel au succès du traitement du refus scolaire anxieux. L'intérêt premier est d'avoir une analyse fine du fonctionnement familial dans ses interactions potentiellement pathologiques, et en aucun cas, mettre la faute sur les parents. Le regard est porté sur l'interaction, qui est mauvaise (Mannoni 1989). Il n'y a pas de norme concernant la famille. Une vision linéaire est trop accusatrice, elle empêche l'aide thérapeutique. Jay Haley pose que le thérapeute doit avoir fait un travail personnel pour se rendre compte de ses propres présupposés en matière de santé mentale (Haley et al. 1991). Les formations en thérapie familiale imposent un travail de résonnance sur sa propre famille.

Il est important de prendre son temps pour créer une alliance forte de la famille. L'empathie est nécessaire pour mettre en confiance. L'action thérapeutique doit se faire dans le respect du fonctionnement familial. Il est intéressant d'aller chercher les compétences des familles pour que de leur côté, les parents reconnaissent la compétence professionnelle des intervenants (Dessoy 2004). Le travail se fait en collaboration avec la famille. Le travail

psychothérapique se base sur les parties saines des relations et en particulier le désir des parents que leur enfant réussisse dans la vie.

L'adolescent qui refuse d'aller à l'école se met dans une position de toute-puissance qui renvoie à l'impuissance des parents et du thérapeute. Cette toute-puissance se pare d'un prétexte imparable : l'angoisse incoercible (Huerre 2010). La théorie générale des systèmes (Bertalanffy and Chabrol 1973) pose la règle d'équifinalité. Si pour un résultat donné, il y a différents chemins possibles. La réciproque veut que différents chemins soient envisageables pour sortir d'une difficulté et faire céder le symptôme. Paul Watzlawick se base sur la communication paradoxale au sein de la famille comme génératrice des problèmes. Il utilise des techniques de résolution du type « recadrage[1] », « intervention paradoxale[2] » pour extraire la famille de ses rouages pathologiques (Watzlawick 1980). De manière générale, il faut trouver une hypothèse, une position qui permet des changements dans les échanges familiaux. Le but est de rompre la boucle relationnelle dysfonctionnelle et permettre une évolution positive de la famille. L'action thérapeutique visera à démêler l'enchevêtrement des relations en renforçant les limites interpersonnelles, à corriger les attitudes d'hyperprotection ou de rejet, déjouer les résistances des protagonistes et soutenir l'émergence de résolutions des conflits.

La position parfois en retrait des pères ne doit pas conduire à un traitement exclusif de la mère et de l'enfant. Il est très important de remobiliser le père dans le projet thérapeutique. Malmquist est le premier à avoir fait attention à la relative négligence du rôle du père dans les études précédentes sur la phobie scolaire. Il a souligné la nécessité d'inclure le père dans la démarche diagnostique et thérapeutique (Malmquist 1965).

Dans ces fondements, la thérapie familiale ne s'envisage qu'en co-thérapie pour jouer sur des fonctions et des alliances différentes. Ce travail est complété par une réflexion en équipe. L'entretien est visionné en direct au travers d'une glace sans tain ou retransmis grâce à un enregistrement vidéo. La situation peut également être discutée en supervision.

---

[1] Le but de cette technique est d'induire un changement de perception, en espérant que cela entraînera une réponse différente, plus adaptée.

[2] Cette technique s'appuie sur la résistance du patient au changement. Le thérapeute peut par exemple décider de prescrire le symptôme. Le thérapeute valide ainsi le sujet et son système d'appartenance. De plus cette prescription requiert la mobilisation de la famille.

L'indication d'une thérapie familiale ne doit pas être systématique. Si le psychiatre doit prendre en compte dans son évaluation le fonctionnement individuel et familial, il prend ensuite une décision concernant la technique thérapeutique la plus appropriée à la situation (Malmquist 1965).

Etude clinique

A. Introduction de l'étude

I. Contexte

Nous avons réalisé notre étude au sein de la structure de soins Mosaïque, lors d'un stage inter-CHU[1] au Centre Henri Laborit de Poitiers. Nous avons décidé de faire ce stage dans ce lieu de soins car le projet institutionnel centré sur les difficultés scolaires à l'adolescence nous intéressait tout particulièrement. Ce centre est en effet repéré comme une unité de référence régionale concernant les troubles de la scolarité. Il existe un réseau de travail très serré avec tous les collèges du département de la Vienne. Nous allons détailler les particularités du fonctionnement de ce centre de soins.

a. Le centre « Mosaïque » de Poitiers, présentation générale

Le Docteur Nicole Catheline a créé cet accueil thérapeutique de jour pour adolescents en 1997. L'objectif était d'offrir un lieu de soins consacré à la prime adolescence (11-15 ans), correspondant globalement à la période du collège. Cette tranche d'âge est connue pour être propice aux troubles anxieux, dont la plupart ont un lien avec l'école. La structure de soins est dévolue plus particulièrement à la prise en charge des pathologies émergentes de l'adolescence. Elle regroupe un service de consultations et un hôpital de jour à temps partiel.

La psychothérapie individuelle est très compliquée à mettre en place à cet âge. Le jeune adolescent est réticent à évoquer ses émotions et tout particulièrement en relation duelle avec l'adulte. Pour travailler cette difficulté, l'idée a été de passer par un autre abord, celui du groupe. Le cadre thérapeutique mis au point, repose sur le petit groupe avec médiation, le tout dans une dynamique de soin institutionnel. L'utilisation d'une médiation facilite l'adhésion de

---

[1] Stage hors-subdivision : l'interne en médecine a la possibilité d'effectuer un stage hors de son inter-région d'origine. La convention d'accueil d'un interne hors-subdivision se fait après consultation du dossier présentant le projet pédagogique, accord du CHU de rattachement et accord de l'ARS. CHU : Centre Hospitalier Universitaire. ARS : Agence Régionale de Santé dont la fonction est de gérer l'offre de soins.

l'adolescent. De plus, la distance instaurée avec le soignant, diminue l'excitation et libère la parole. Les groupes ont été construits au départ autour de 4 types de médiation : manuelle, corporelle, culturelle et imaginative, puis le champ s'est élargi par la force de proposition des membres de l'équipe.

Dès le début du projet, l'Education Nationale s'est affichée comme le partenaire privilégié. Ce travail de collaboration avait déjà été amorcé par la mise en place de permanences d'écoute clinique au sein des établissements scolaires.

Les populations rencontrées par les cliniciens sont pour la plupart représentatives de réactions institutionnelles au sein des collèges (signalement administratif d'un absentéisme, signalement par un professeur d'un comportement déviant en classe). Déjà en 1998, un tiers des adolescents consultait à Mosaïque, à la demande exclusive des enseignants (Catheline 2001). Cette proportion n'a fait que croître par la suite, avec la meilleure connaissance du dispositif de soin par le personnel des établissements scolaires.

La venue sur les temps scolaires impose la mise en place d'un Projet d'Accueil Individualisé (PAI). Cette modalité d'accueil instaurée par la circulaire de 1993[1] apaise le contact des familles avec les soins psychiques en permettant d'éviter de passer par une reconnaissance d'handicap, jugée trop stigmatisante. L'adolescent se considère plus facilement comme ayant besoin d'aide et de soins dans une période de crise, que comme un « malade mental ».

Les adolescents viennent sur la structure une à deux fois par semaine en alternance avec leur scolarité. Ils sont accueillis sur un temps de trois heures consécutives, comme le veut la loi du 23 février 2009 régissant les hospitalisations à temps partiel[2] . Les jeunes profitent d'un temps informel, d'un temps d'atelier et d'un temps de repas. Ils utilisent l'institution comme surface de projection pour leurs angoisses. L'objectif de soin est d'accompagner ces jeunes sur une période de 18 mois en moyenne. A la suite, l'adolescent

---

[1]Circulaire n° 93248 du 22 juillet 1993 relative à l'accueil des enfants et adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période dans les établissements d'enseignement publics et privés sous contrat des premier et second degrés

[2]Article 4 du Décret n° 2009-213 du 23 février 2009 relatif aux objectifs des dépenses d'assurance maladie et portant diverses dispositions financières relatives aux établissements de santé

qui est acteur de sa prise en charge, peut décider d'arrêter les soins ou de continuer vers une psychothérapie individuelle.

b. L'originalité du travail réalisé dans la structure

1. Réenclencher les processus de pensée

Au début de l'adolescence, il y a une ouverture naturelle des capacités cognitives. Le jeune peut analyser une situation, en tirer des conclusions et généraliser à des situations analogues. Il est donc absolument nécessaire de stimuler et soutenir ces capacités lorsqu'elles sont mises à mal. L'accueil thérapeutique de jour pour adolescents, Mosaïque, propose des soins en groupe sous forme d'ateliers thérapeutiques basés sur une médiation. La médiation sert de prétexte pour relancer les capacités de réflexion de l'adolescent en « mal de penser ».

Les adolescents, pris en charge à Mosaïque, ont pour la plupart une problématique anxieuse en lien avec l'institution scolaire. La médiation permet de faire émerger la pensée à partir du « faire ». Elle aide ainsi l'adolescent à se décaler des exigences académiques, centrées sur le verbal. La pensée se construit de la même façon que par le jeu, chez le petit enfant. La réflexion vient naturellement, lorsque les jeunes perdent le sentiment d'obligation. Occupés à une tâche manuelle ou corporelle, ils se surprennent à élaborer sur une problématique. Les jeunes peuvent ainsi expérimenter une réflexion en dehors du cadre scolaire. Ils apprennent à tolérer puis à aimer penser et vont ainsi renforcer leurs assises narcissiques. Ce plaisir émerge dans un partage avec le plaisir du soignant.

Les soignants, qui sont au nombre de deux par groupe, vont aider à la reformulation des idées qui émergent. Cette « mise en perspective » aide l'adolescent à s'approprier une réflexion aboutie. Cette activité peut être assimilée à la fonction alpha de Bion, fonction de symbolisation assurée par la mère en réponse aux expressions du bébé. L'adolescent, comme le bébé, réapprend à penser en empruntant « l'appareil à penser » des soignants et du psychiatre. Les soignants sont eux-mêmes accompagnés dans ce travail de « co-pensée » par des réunions régulières de supervision. La supervision est assurée par un analyste extérieur à l'hôpital.

L'institution conceptualise l'activité de soins permettant de donner du sens. L'organisation hiérarchique permet des transferts multiples. Tosquelles parlait de « transfert

multi-référencié ». Le couple « médecin-cadre infirmier » est bien repéré par les adolescents et renvoie à l'image du couple parental. Les soignants sont à une place particulière par le partage de l'expérience groupale. Ils alternent entre une immersion totale, régressive où ils se confondent aux adolescents et une position plus distante d'adulte responsable. Les projections identificatoires sont variées et leur font souvent jouer le rôle de « grands frères ». Cette modélisation permet au jeune d'intégrer le fonctionnement d'une structure sociale et d'apprendre à s'y positionner.

2. Mobiliser les relations au groupe de pairs

Les adolescents adressés à Mosaïque n'ont, pour la plupart, aucun antécédent de prise en charge en psychiatrie. Ils appréhendent particulièrement de rencontrer « la folie ». Finalement lors de la « période d'essai » dont ils bénéficient, ils rencontrent des jeunes qui leur ressemblent, ce qui désamorce leurs défenses.

Le propre de l'adolescence est de donner un poids plus important à l'avis des pairs qu'à celui de l'adulte. Tout conseil provenant d'un autre adolescent, lors du groupe, aura un impact particulier. L'autre adolescent a un rôle de « patient ressource ». L'adolescent explore ses états émotionnels grâce à ce que lui renvoient ses camarades.

Le fonctionnement de l'institution nécessite un système de groupes ouverts. Les inclusions se font au rythme des admissions, tout au long de l'année scolaire. Les jeunes travaillent donc l'accueil d'un nouvel arrivant et expérimentent le changement. Ils peuvent ainsi constater que le changement n'a pas d'effet destructeur sur le groupe. Par ces modifications de configurations successives, le fonctionnement du groupe s'apparente à celui de la famille.

Les jeunes expérimentent différents modes de relations au sein de l'institution. Il y a la coopération thérapeutique lors des groupes, mais aussi les contacts moins programmés du temps informel (babyfoot, ping-pong, jeux de société, relaxation dans les fauteuils, écoute de musique…). Le partage d'un repas est encore une autre expérience, assez intime où les habitudes familiales se dévoilent. Enfin, lors des périodes de vacances, les groupes classiques laissent place à d'autres activités où les jeunes rencontrent des adolescents qu'ils n'ont pas l'occasion de croiser le reste de l'année. Cette multiplicité des rapports aide l'adolescent à appréhender les relations humaines sous ses différentes formes.

3. Travailler le lien entre parent et adolescent

L'accueil thérapeutique de jour à temps partiel « Mosaïque » a vu le jour dans le but de proposer un espace tiers à ces adolescents et leurs parents, où les relations peuvent s'exprimer différemment (Catheline 2001). Le cadre contenant thérapeutique permet de travailler sur les contenus. L'interaction avec les pairs dans un environnement sécurisant permet de désamorcer les peurs relationnelles de l'adolescent qui arrive peu à peu à se détacher du lien anxieux aux parents.

Les infirmiers ont des contacts réguliers avec le collège. Les parents constatent cette coopération et le travail vers un objectif commun. Leur souffrance est prise en compte. Leurs inquiétudes vis-à-vis du symptôme scolaire peuvent alors s'apaiser. Cette médiation par la structure de soin permet de restaurer la qualité des relations parents-collège. Ces relations sont, en effet, souvent compliquées, soit trop passionnelles, soit inexistantes, par évitement.

Les parents sont rencontrés tous les 2 mois lors du rendez-vous médical, qui réunit toutes les personnes concernées. Sont présents le psychiatre, l'infirmier référent, l'adolescent et ses deux parents. L'adolescent peut y faire des demandes particulières concernant sa prise en charge. Il apprend ainsi à négocier dans un cadre autorisé. Il constate que le travail de pensée est utile dans différentes situations de la vie quotidienne, en dehors de l'école. Les différentes parties font une analyse de l'évolution de la situation et le psychiatre formule des hypothèses, ouvertes à la critique de l'adolescent et de ses parents.

Le travail effectué en consultation avec les parents ne concerne que la dimension relationnelle dans « l'ici et maintenant ». L'histoire familiale est difficilement abordable dans ce contexte puisque l'accent est mis sur la relance d'un mécanisme de pensée du côté de l'adolescent. C'est pour pallier ce manque, qu'une psychologue en charge des familles a été recrutée, il y a quelques années, à Mosaïque. Elle peut suivre en consultations les parents qui sont en demande d'aide.

Le travail institutionnel en soi, permet l'ouverture d'un nouvel espace différencié entre les parents et leur enfant. Les parents peuvent à n'importe quel moment joindre un infirmier sur les temps d'ouverture de la structure. Cette disponibilité rassure les parents, qui peu à peu, redonnent un espace de liberté à leur enfant. L'adolescent, de son côté, comprend qu'il dispose d'un lieu auquel ses parents ont accès mais où tout ne leur est pas dit.

II. Objectif de l'étude

Nous savons que la phobie scolaire ne peut se résumer à une explication monocausale. C'est une pathologie qui se situe au carrefour d'interactions d'ordre familial, socio-économique, organisationnel, cognitif, pédagogique et biographique.

La responsabilité familiale est souvent mise au premier plan : familles dissociées, absence d'autorité parentale, carences éducatives, déculturation (Huerre 2010).

Dans une démarche de recherche expérimentale, nous avons souhaité élaborer un outil d'investigation du fonctionnement familial pour les adolescents avec phobie scolaire. Cet outil a pour but de cibler des caractéristiques familiales spécifiques à la phobie scolaire par rapport aux autres troubles psychiatriques rencontrés au même âge. Nous souhaitons mettre en évidence un profil familial particulier en cas de phobie scolaire chez l'adolescent pour aider à la mise en place d'une prise en charge adaptée. Nous faisons l'hypothèse que la mise au point d'un protocole de travail avec la famille peut aider à la prise en charge de la phobie scolaire de l'adolescent.

B. Matériel et Méthodes

I. Type d'enquête

Nous avons réalisé une étude de faisabilité pour valider une démarche d'entretien familial pour des adolescents avec phobie scolaire et leurs parents. Cette étude était clinique, transversale, descriptive, avec constitution d'un groupe témoin.

Nous avons cherché à caractériser la population des primo-adolescents présentant une phobie scolaire et à dégager d'éventuels liens spécifiques avec le fonctionnement familial. L'enquête était transversale avec un recueil simultané d'informations sur le diagnostic et les facteurs de risque étudiés. L'étude était unicentrique puisque les adolescents ont été recrutés lors des consultations au centre thérapeutique Mosaïque à Poitiers.

La population ciblée était celle des collégiens présentant une phobie scolaire. La période d'inclusion s'est faite sur trois mois de début février à fin avril 2014. Cette période a

été limitée par notre temps de présence sur l'unité. L'étude s'est faite à partir d'un échantillon temporel limité, illustratif du recrutement du centre Mosaïque.

II. Méthode d'échantillonnage

a. Recrutement et critères d'inclusion des cas

Le recrutement s'est fait à la consultation du centre Mosaïque à Poitiers. Entre février et avril 2014, participer à l'étude a été proposé à tout adolescent se présentant à la consultation avec son ou ses parents. Les adolescents et leurs parents ont été informés de la réalisation de l'étude, de son but et des modalités de son déroulement. Ils ont également été prévenus qu'une des questions serait enregistrée à l'aide d'un dictaphone dans le but de recueillir avec exactitude leurs propos. Leur consentement pour répondre aux questionnaires était recueilli oralement. La famille était incluse à la condition que les parents et l'adolescent soient d'accord pour y participer.

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Adolescent inscrit dans un collège
- Consultation à Mosaïque dans le cadre du CMP ou de l'hôpital de jour.
- Diagnostic de Phobie scolaire

Tous les collégiens se présentant à la consultation entre février et avril 2014 et correspondant aux critères diagnostiques d'une phobie scolaire ont été recrutés pour constituer un groupe d'étude. Il n'y a pas eu de sélection faite par rapport à la durée d'évolution du trouble, ni par rapport à la date de début de prise en charge. Il pouvait s'agir d'un premier contact avec la psychiatrie comme d'adolescents avec une longue histoire de prise en charge.

Le diagnostic de phobie scolaire a été établi grâce aux critères de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent dans sa version de 2012 (9.22 Phobies scolaires, Misès 2012). Les adolescents devaient présenter des traits de caractère appartenant au registre phobique avec des symptômes caractérisés du type crises d'angoisse et comportements de fuite. Cette symptomatologie devait concerner uniquement la fréquentation de l'école. Le diagnostic CIM 10 correspondant, F40.9 « Troubles anxieux phobiques », était retenu.

Nous avons préféré être très précis concernant la symptomatologie et éviter les comorbidités, le but étant d'éviter un biais de sélection. Les adolescents sélectionnés devaient donc présenter une phobie scolaire et que ce diagnostic ne soit pas secondaire à une autre pathologie. Les cas où la phobie scolaire était un diagnostic posé en co-morbidité à un autre trouble psychiatrique pré-existant ont été exclus.

b. Méthode de sélection d'un groupe de comparaison

Les adolescents et parents composant le groupe témoin, ont été informés de l'objet de notre étude et ont accepté de participer en tant que groupe, servant de comparatif. Les témoins ont été choisis dans la même tranche d'âge, également élèves de collège. Ils consultaient également à Mosaïque, mais pour un autre motif que la phobie scolaire.

Nous avons décidé d'exclure les cas de phobie sociale du groupe témoin, pour éviter les confusions. Le tableau clinique de la phobie sociale présente des similitudes avec celui de la phobie scolaire, le refus scolaire faisant partie intégrante de la symptomatologie de la phobie sociale à cet âge.

Les 23 adolescents du groupe témoin ont été recrutés selon l'ordre chronologique de leur venue au centre Mosaïque, quel que soit le motif de consultation.

III. Les outils

a. Construction et validation du questionnaire

Nous étions partis sur l'idée d'un entretien semi-structuré pour éviter d'orienter les réponses et permettre un recueil exhaustif du discours spontané des familles. Finalement dans le but de pouvoir obtenir des résultats statistiques plus facilement analysables, nous avons décidé de mettre au point des questionnaires qui restent le plus possible fidèles aux réponses spontanées des individus. Nous avons donc testé au préalable un modèle d'entretien semi-structuré (Annexe 2 et Annexe 3) sur un premier groupe de familles pour avoir une idée des réponses libres auxquelles on pouvait s'attendre. Puis nous avons testé plusieurs ébauches de questionnaires sur la période de janvier 2014. Pour la structuration de nos questionnaires, nous nous sommes inspirés de questionnaires utilisés pour de grandes cohortes comme les questionnaires servant aux enquêtes nationales périnatales. Certaines questions types, comme

la catégorie socio-professionnelle, ont été directement reprises avec les propositions d'items standards.

L'analyse est faite à partir d'entretiens structurés réalisés avec l'adolescent seul puis avec ses parents seuls. Nous avons utilisé 2 grilles d'entretien structuré, l'une destinée aux adolescents et l'autre aux parents accompagnant l'adolescent dans le centre de soins. Une question ouverte a été posée aux adolescents et une autre à chacun des parents présents. Le contenu de ces réponses a été analysé à part.

Le questionnaire pour les adolescents comportait au final 41 items dont une question ouverte. Le questionnaire pour les parents comportait 49 items dont 2 questions ouvertes destinées à chacun des parents. Nous avons à travers les questions voulu explorer 6 dimensions en lien avec notre sujet d'étude. Les questions A34 à A41 et P30 à P43 concernent « la description des troubles et leur retentissement familial » ; les questions A7 à A13 et P12 à P19 explorent « les relations intra-familiales » ; les questions A14 à A28 et P22 à P29, « le rapport de la famille avec l'institution scolaire » ; les questions A29 à A30 et P20 à P21, « l'ancrage social de la famille » ; les questions A31 à A32 et P4 à P11, « le modèle parental scolaire et professionnel » et enfin les questions A33 et P44 à P48, « les antécédents familiaux » (Annexe 4 et Annexe 5).

b. Méthode de recueil et de traitement des informations

La passation des questionnaires s'est faite sous la forme d'un entretien individuel avec l'adolescent seul, puis d'un entretien avec le ou les parents présents à la consultation, reçus également seuls. Les questions ont été posées aux familles sans dévoiler les propositions de réponses. De même, pour respecter un mode de réponse spontané, plusieurs réponses pouvaient être recueillies par question. Nous avons complété les questionnaires directement en présence des familles, au cours de l'entretien. Les réponses aux questions ouvertes ont été enregistrées pour assurer une retranscription intégrale et fidèle.

Nous avons rentré le contenu des questionnaires réalisés dans le logiciel EpiData. Le logiciel EpiData a été créé au Danemark par Lauritsen, Bruus, Myatt. en 2000 dans le but d'assurer une saisie et une documentation fiables des données. Nous avons utilisé la version

3.1, qui a été diffusée en 2008. L'analyse s'est faite ensuite avec le logiciel homologue : EpiDataAnalysis version 2.2. Pour les analyses multivariées nous avons utilisé le logiciel SAS (Statistical Analysis System) dans sa version 9.15.

c. Stratégie d'analyse et tests statistiques

Dans un premier temps, nous avons analysé chaque variable recueilli par les questionnaires de manière univariée. Nous avons utilisé le test du Chi-deux (χ^2) de Pearson et le test exact de Fisher pour les résultats avec variables qualitatives. L'étude étant exploratoire, nous avons décidé de fixer un seuil de significativité à 10% pour être suffisamment sensible malgré l'effectif faible. Le but était de ne pas passer à côté d'une différence intéressante à explorer avec un plus grand effectif. Cela nous a également aiguillés pour choisir des variables qui nous semblaient pertinentes pour une analyse multivariée et l'élaboration d'un score de facteur de risque.

Nous avons cherché à établir un lien statistique entre les variables mises en évidence et la survenue d'une phobie scolaire. Nous avons procédé à une analyse de régression logistique qui permet de modéliser la relation entre une variable qualitative à deux classes Y et des variables Xi qualitatives ou quantitatives. Cette méthode est couramment employée en épidémiologie pour mesurer et tester l'association entre une maladie $Y_{(1/0)}$ et des facteurs d'exposition Xi. Pour notre sujet la maladie était : présence ou non d'une phobie scolaire et nous avons testé différentes caractéristiques familiales en tant que facteurs d'exposition. Le résultat permet de connaître l'impact de chaque variable sur l'Odd Ratio[1] de l'événement étudié, une fois pris en compte l'effet des autres variables explicatives. L'avantage principal de cette technique est d'éviter les biais de confusion entre variables explicatives, par l'analyse de l'association de toutes les variables simultanées.

Nous avons donc mis au point un score cumulatif de facteur de risque familial de phobie scolaire, construit à partir du cumul des facteurs de risque collectés au cours des entretiens avec l'adolescent, et des entretiens avec ses parents. Une formule arithmétique simple a été programmée sous SAS 9.15 permettant de coter + 1 pour chaque facteur de

[1] L'Odd Ratio correspond au rapport entre la survenue d'un évènement (ici, la phobie scolaire) dans un groupe A avec la survenue du même évènement dans un groupe B.

risque présent, et de calculer une variable score pour chaque couple adolescent-parent(s). Le score a été validé par l'étude de sa distribution comparée dans chacun des groupes : Phobie scolaire et Témoin (comparaison par TTEST sous SAS).

Un premier modèle de régression logistique du score cumulé de facteurs de risque familiaux a été testé :

Y(a1) = β*score+K

- *Y=phobie scolaire (oui ou non)*
- *β désigne le coefficient de régression linéaire*
- *score est le score cumulatif de risque familial de 0 à 10*
- *K est la valeur constante du modèle.*

La validité du modèle ayant été confirmée par sa mise en application, nous avons cherché à mettre en place un deuxième modèle permettant de détailler les éléments significatifs du risque familial parmi les 14 éléments précédemment entrés dans le score. Nous avons recodé chaque élément du risque familial de manière binaire (2/1 = risque/non-risque) en fonction des hypothèses de l'étude.

Un deuxième modèle de régression logistique des facteurs de risques familiaux associés a été mis en place du type :

$$Y(a1) = \beta_1 * X_1 + \beta_2 * X_2 \ldots + \beta n * Xn$$

- *X_1 à Xn désignent les facteurs de risque familiaux recodés en binaire*
- *β_1 à βn désignent les coefficients de régression linéaire des couples XiY*

Ce modèle a été validé pour trois variantes concernant des associations différentes de facteurs de risque familiaux. La variante, présentant les critères de qualité les meilleurs, est présentée dans la partie Résultats, les deux autres sont fournies en annexe (Annexe 11 et Annexe 12).

V. Etude complémentaire : la question ouverte

Nous avons décidé d'analyser à part une question ouverte posée à l'adolescent et une autre question posée au(x) parent(s) présent(s) à la consultation. Cette question avait été enregistrée sur dictaphone avec l'autorisation des personnes concernées. Nous avons ainsi recueillis 73 témoignages (8 adolescents et 14 parents du groupe phobie scolaire ; 20 adolescents et 31 parents du groupe témoin). Les questions tentent d'explorer la réaction parentale face aux troubles de leur enfant. L'adolescent devait dire comment il percevait la réaction de ses parents, et les parents devaient exprimer leur ressenti par rapport aux difficultés de leur adolescent.

Nous avons procédé à une analyse de contenu pour rendre compte de manière quantitative les idées clés abordées dans les réponses. Nous avons élaboré une grille thématique avec 19 références que l'on pouvait s'attendre à retrouver dans les témoignages. Nous nous sommes inspirés des logiciels d'analyse sémantique type Tropes (Pierre Molette et Agnès Landré, 1994) pour choisir des univers de référence. Nous avons sélectionné les occurrences suivantes : Jugement positif, Jugement négatif, Compréhension, Impuissance, Culpabilité, Tristesse, Théâtre/Comédie, Difficulté, Problème, Parler, Aide, Forcer, Colère, Peur/Inquiétude, Désespoir/Découragement, Avenir, Seul, Questionnement et « Je ne sais pas ». Chaque réponse était analysée comme une unité de contenu. Il était noté si la référence était présente ou absente de la réponse. Nous avons également comparé le nombre de mots par réponse.

C. Résultats

I. Description de l'échantillon

Nous avons étudié un groupe « cas » de 11 adolescents reçus au Centre Mosaïque à Poitiers, pour une phobie scolaire comparé à un groupe témoin de 23 adolescents également pris en charge au centre Mosaïque mais pour une autre problématique. Les types de pathologies rencontrées dans le groupe témoin furent les suivants: 9 troubles névrotiques liés à des facteurs de stress, 7 troubles des conduites, 4 troubles de l'humeur et 3 troubles

envahissants du développement. En parallèle, 46 parents ont participé, 15 dans le groupe « Phobie scolaire » et 31 dans le groupe témoin. Au total 68 questionnaires ont été analysés.

Nous avons rencontré la situation d'un jeune garçon qui présentait un refus scolaire anxieux depuis octobre 2013 mais qui avait un diagnostic de Trouble Déficit de l'Attention avec Hyperactivité (TDAH) établi en 2005. Ce jeune garçon a été exclu de l'échantillon (Tableau I). Un adolescent qui présentait une phobie sociale a également été retiré des sujets éligibles pour le groupe de comparaison.

Après une information claire sur le cadre et l'objectif de notre travail, tous les adolescents et leurs parents ont accepté de participer à l'étude sauf 1 famille. Le refus est venu d'un adolescent qui avait une attitude opposante vis-à-vis de la consultation de manière globale.

Tableau I: Diagramme de flux, adolescents (parents)

Patients éligibles
n = 37 (49)

•Exclus (n=2)
•Refus (n=1)

Patients inclus
n = 34 (46)

Groupe phobie scolaire
n = 11 (15)

Groupe témoins
n = 23 (31)

Les groupes d'adolescents étaient comparables en termes d'âge. Pour le sexe, on remarque une majorité de garçons dans le groupe témoins qui rassemblent divers diagnostics pédopsychiatriques tandis que le sexe ratio se rapproche de 1 pour la phobie scolaire, avec même une légère majorité de filles (Tableau II). Si on a retrouvé un peu plus d'enfants uniques chez les témoins, la différence n'était pas significative et se compensait avec un nombre plus élevé de dernier de fratrie chez les enfants avec phobie scolaire. Nous obtenions 72,7% d'enfants uniques ou derniers de fratrie dans le groupe phobie scolaire contre 60,8% dans le groupe témoin ($p>0.1$).

Tableau II : Comparaison des caractéristiques démographiques et scolaires des adolescents

Caractéristiques	**Phobie scolaire n=11**	**Témoins n=23**
Age (ans)		
11	1	6
12	3	4
13	4	8
14	2	4
15	0	1
16	1	0
Sexe		
Garçon	4	14
Fille	7	9
Fratrie		
Enfant unique	1	8
Dernier de fratrie	7	6
Autre	3	9
Classe		
Sixième	2	6
Cinquième	3	9
Quatrième	5	6
Troisième	1	2
Régime		
Demi-pensionnaire	8	19
Externe	3	4
Interne	0	0

Le mode d'orientation des adolescents en consultation est similaire. Les adolescents ont été orientés majoritairement via l'établissement scolaire ou consultaient à la demande des parents (Tableau III).

Tableau III : Orientation des adolescents vers les soins

Adresseur	**Phobie**	**Témoins**	**Total**
Le collège	4	11	**15**
Les parents	4	7	**11**
Un professionnel de santé	2	5	**7**
Demande personnelle de l'adolescent	1	0	**1**

La validation du repérage des élèves en refus scolaire reste, comme dans la plupart des études le nombre d'absences injustifiées à l'école. Si le seuil de 5 demi-journées a permis de repérer tous les cas de phobie scolaire. Le seuil de 30 demi-journées d'absences depuis la rentrée de septembre est apparu être le plus discriminant. De même on retrouve une différence significative concernant la peur de quitter le domicile pour se rendre au collège, qui est l'une des caractéristiques principales de la symptomatologie de la phobie scolaire (Tableau IV).

Tableau IV: Validation diagnostique pour la constitution de l'échantillon, avec n (%)

Facteur	Adolescents avec phobie scolaire	Témoins	p test du χ^2	p test de Fisher
Nombre de demi-journées d'absence au collège depuis septembre > 5	11 (100.0)	11 (47.8)	0.0029*	0.0026
Nombre de demi-journées d'absence au collège depuis septembre > 15	10 (90.9)	4 (17.4)	$< 10^{-5}$*	10^{-4}
Nombre de demi-journées d'absence au collège depuis septembre > 30	9 (81.8)	2 (8.7)	$< 10^{-5}$*	$< 10^{-5}$
Présence d'une peur au moment de quitter la maison (réponse « Oui » de l'adolescent)	7 (63.6)	0 (0.0)	0.0002*	0.0006

** Cellsexpected<5: 1 (25 pct.)*

Le refus anxieux semble bien circonscrit au domaine scolaire puisque concernant la pratique d'une activité extra-scolaire, aucune différence n'a pu être mise en évidence. Nous pouvons remarquer que la peur ne semble pas s'étendre aux autres domaines de la vie sociale, puisque qu'il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes concernant les situations évaluées (en situation d'évaluation, au contact de personnes inconnues, voyages loin de la famille). Concernant, les relations des adolescents avec leurs pairs, ce facteur n'a pas montré de différence significative entre les 2 groupes. 81,8% des adolescents avec phobie scolaire considèrent avoir de bonnes relations avec les autres élèves versus 73,9% des témoins. De plus le diagnostic de phobie scolaire ne semble pas avoir souffert d'une confusion avec un désintérêt pour les apprentissages puisque les réponses des adolescents concernant leur enclin pour le collège n'a pas montré de différence significative (Tableau V).

Tableau V: Exclusion des facteurs de confusion diagnostique, avec n (%)

Facteur (déclaration de l'adolescent)	Adolescents avec phobie scolaire	Témoins	p (test du χ^2 et de Fisher)
Pratique d'une activité extra-scolaire cette année	5 (45.5)	12 (52.2)	> 0.1
Déclarent aimer l'école	8 (72.7)	13 (56.5)	> 0.1
Peur lors d'un contrôle ou au moment de recevoir la note	4 (36.4)	11 (47.8)	> 0.1
Peur pour répondre au téléphone de la maison	1 (9.1)	3 (13.0)	> 0.1
Peur pour aller seul dans un magasin	3 (27.3)	2 (8.7)	> 0.1
Peur d'aller en colonie ou en voyage de classe	2 (18.2)	5 (21.7)	> 0.1

II. Présentation des résultats de l'analyse

a. Résultats de l'analyse univariée

Nous avons procédé à une comparaison systématique des deux groupes pour chaque variable. Nous exposons tous les résultats, qui mettent en évidence une différence significative avec le seuil de 10%, dans l'ordre des réponses aux questionnaires en commençant par le questionnaire « adolescent » (Tableau VI). Deux adolescents du groupe phobique ont rapporté se retrouver dans la situation de quitter le domicile pour se rendre au collège sans la présence d'un adulte alors qu'aucun adolescent du groupe témoin ne vivait cette situation (18,2 vs. 0,0%). Les adolescents du groupe phobie scolaire étaient plus

nombreux à estimer que leurs parents n'avaient pas eu de difficultés pendant leur scolarité (62,5 vs. 12,5%) alors que les parents du groupe phobique rapportaient un bon vécu de leur collège en proportion comparable avec le groupe témoin (54,5 vs. 30,4%, $p>0,1$).

La catégorie socio-professionnelle des parents majoritaire était la classe ouvrière pour le groupe « phobie scolaire » (45,4%) alors que c'était celle des employés dans le groupe témoins (37,0%). Pour le niveau de diplôme, la catégorie CAP/BEP était majoritaire dans les deux groupes mais la proportion était significativement plus importante dans le groupe « phobie scolaire » (66,7 vs. 33,3%, $p<0,02$ au test du Chi^2). De façon générale, le niveau d'éducation des parents du groupe phobie scolaire était inférieur, 71,4% des parents du groupe phobie scolaire n'avaient pas le niveau du baccalauréat contre seulement 53,3% du groupe témoin. Les pères ont eu une interruption d'activité professionnelle longue dans des proportions comparables dans les deux groupes (20,0 vs. 40,0%, $p>0,1$) tandis que les mères du groupe « phobie scolaire » sont significativement plus nombreuses à s'être arrêtées dans leur activité professionnelle plus d'un an (81,8 vs. 26,1%, $p<0,004$ au test exact de Fisher).

Une seule famille du groupe phobie scolaire a rapporté des conflits importants entre leurs enfants tandis que 9 familles du groupe témoin en constataient (7,1 vs. 40,9%). Concernant l'aide aux devoirs, les parents d'adolescents phobiques scolaires ont répondu aller spontanément proposer leur aide à leur enfant dans une proportion moindre que les parents témoins (18,7 vs. 51,6%, $p<0,03$ au test du Chi^2). Les parents du groupe phobie scolaire ont majoritairement déclaré ne pas consulter souvent et spontanément le logiciel informatique de vie scolaire (55,6 vs. 22,2%, $p<0,02$% au test du Chi^2).

Tableau VI: Mise en évidence de fonctionnements familiaux spécifiques avec n (%)

Facteur	Phobie scolaire	Témoins	p test du χ^2	p test de Fisher
Interruption d'activité > 1 an chez la mère	9 (81.8)	6 (26.1)	0.0022*	**0.0035**
Consultation régulière des notes sur internet par les parents	8 (44 .4)	28 (77.8)	**0.0143**	**0.0300**
Consultation régulière des notes sur internet par les pères	2 (28.6)	10 (76.9)	0.0352†	0.0623
Aide spontanée ou surveillance de la part des parents pour les devoirs	3 (18.7)	16 (51.6)	**0.0296**	0.0580
Profession des parents : ouvrier	10 (45.5)	9 (19.6)	**0.0260**	**0.0419**
Niveau de diplôme des parents :CAP/BEP	14 (66.7)	15 (33.3)	**0.0110**	**0.0164**
Aucun adulte présent quand l'adolescent quitte le domicile pour aller au collège	2 (18.2)	0 (0.0)	0.0350†	0.0980
Conflits importants dans la fratrie d'après les parents	1 (7.1)	9 (40.9)	0.0274*	0.0536
Adolescents qui pensent que leurs parents ont présenté des difficultés pendant leur scolarité.	3 (37.5)	14 (87.5)	0.0111†	**0.0207**

** Cellsexpected<5: 1 (25 pct.) ; † Cellsexpected<5: 2 (50 pct.)*

Parmi les antécédents familiaux recherchés (phobie scolaire, phobie sociale, dépression, addictions, schizophrénie et trouble bipolaire), la proportion est plus importante dans le groupe phobie scolaire sauf pour les troubles psychiatriques type schizophrénie et trouble bipolaire où la proportion est strictement comparable. Cependant, nous retrouvons une différence significative uniquement pour l'antécédent de phobie sociale (Tableau VII).

Tableau VII : Comparaison des antécédents familiaux, avec n (%)

Antécédent familial	Phobie scolaire	Témoins	p test du χ^2	p test de Fisher
Phobie scolaire	3 (27.3)	2 (8.7)	0.1525†	0.2999
Phobie sociale	5 (45.5)	1 (4.3)	0.0033†	**0.0082**
Dépression	9 (81.8)	14 (60.9)	0.2219*	0.2714
Addiction/ Dépendance	7 (63.6)	10 (43.5)	0.2714	0.4646
Schizophrénie/ Bipolarité	2 (18.2)	4 (17.4)	0.8103†	1.0000

** Cellsexpected<5: 1 (25 pct.) ; † Cellsexpected<5: 2 (50 pct.)*

b. Résultats annexes concernant l'âge d'apparition des troubles

La phobie scolaire d'après notre étude apparaît comme une pathologie émergente de l'adolescent. L'âge moyen de début des troubles dans le groupe phobie scolaire était de 11,5 ans alors qu'il était de 8 ans dans le groupe témoin (Tableau VIII). Nous avons constaté qu'aucun cas de phobie scolaire ne s'est déclaré avant l'âge de 10 ans (0%) alors que 11 témoins présentaient des troubles qui avaient débuté avant l'âge de 10 ans, soit (47,8%).

Tableau VIII : Âge au début des troubles en années

Caractéristiques	Phobie scolaire n=11	Témoins n=23
Age au début des troubles		
2	0	1
3	0	2
4	0	2
6	0	2
8	0	3
9	0	1
10	1	1
11	5	6
12	3	3
13	2	2
Age moyen	**11,5**	**8,0**

En effet, on remarque une différence significative concernant l'âge de début des troubles entre le groupe « phobie scolaire » et le groupe témoin, regroupant divers troubles pédopsychiatriques. De même, notre étude ne retrouve pas de lien entre angoisse de séparation de la petite enfance et survenue d'une phobie scolaire puisque les résultats ne mettent pas en évidence de différence entre les 2 groupes concernant ce critère (Tableau IX).

Tableau IX: La phobie scolaire, pathologie de l'adolescence avec n (%)

Facteur	Adolescents avec phobie scolaire	Témoins	p
Âge au début des troubles			
Dans l'enfance (2 à 10 ans)	1 (9.1)	12 (52.2)	test du χ^2 : 0.0156*
A l'adolescence (11 à 13 ans)	10 (90.9)	11 (47.8)	test de Fisher : 0.0238
Présence d'une anxiété de séparation à l'entrée en maternelle	2 (18.2)	4 (17.4)	> 0,1

* *Cellsexpected<5: 1 (25 pct.)*

c. Résultats des modèles de régression logistique

1. Résultats du modèle du score cumulé des facteurs de risque familiaux associés à la phobie scolaire

Le score prend en compte 14 variables explicatives qui sont les facteurs de risque de notre hypothèse :

- Pas d'adulte présent au moment du départ de la maison pour aller au collège
- Le fait que l'adolescent pense que ses parents n'ont pas eu de difficultés pendant leur scolarité
- Séparation récente des parents (<2ans)
- Absence de personne qui incarne l'autorité dans le foyer
- Pas de conflits importants dans la fratrie
- Interruption d'activité professionnelle de la mère pendant plus d'un an
- Pas d'activité de loisir pour la mère
- Antécédent familial de phobie sociale
- Profession du père : ouvrier
- Profession de la mère : ouvrier
- Niveau de diplôme du père : BEP/CAP
- Niveau de diplôme de la mère : BEP/CAP
- Les parents n'aidant pas spontanément leur adolescent pour ses devoirs
- Les parents qui ne regardent pas spontanément et régulièrement le logiciel de vie scolaire de leur adolescent

Aucune des 14 variables n'a été éliminée par le calcul du score, toutes y ont participé. Cependant aucun couple adolescent-parent ne possédait les 14 variables de risque simultanément. Le maximum obtenu a été un score à dix (Tableau X).

Tableau X : Procédure logistique du calcul du score de risque familial de phobie scolaire et ses résultats

Informations sur le modèle	
Table	WORK.ONE
Variable de réponse	A1
Nombre de niveaux de réponse	2
Modèle	logit binaire
Technique d'optimisation	Score de Fisher

Nombre d'observations lues	36
Nombre d'observations utilisées	34

Profil de réponse		
Valeur ordonnée	**A1**	**Fréquence totale**
1	1	11
2	0	23

La probabilité modélisée est A1=1.

Procédure de sélection séquentielle

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

-2 Log L	=	42.806

Test du Khi-2 résiduel		
Khi-2	**DDL**	**Pr > Khi-2**
20.4251	1	<.0001

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

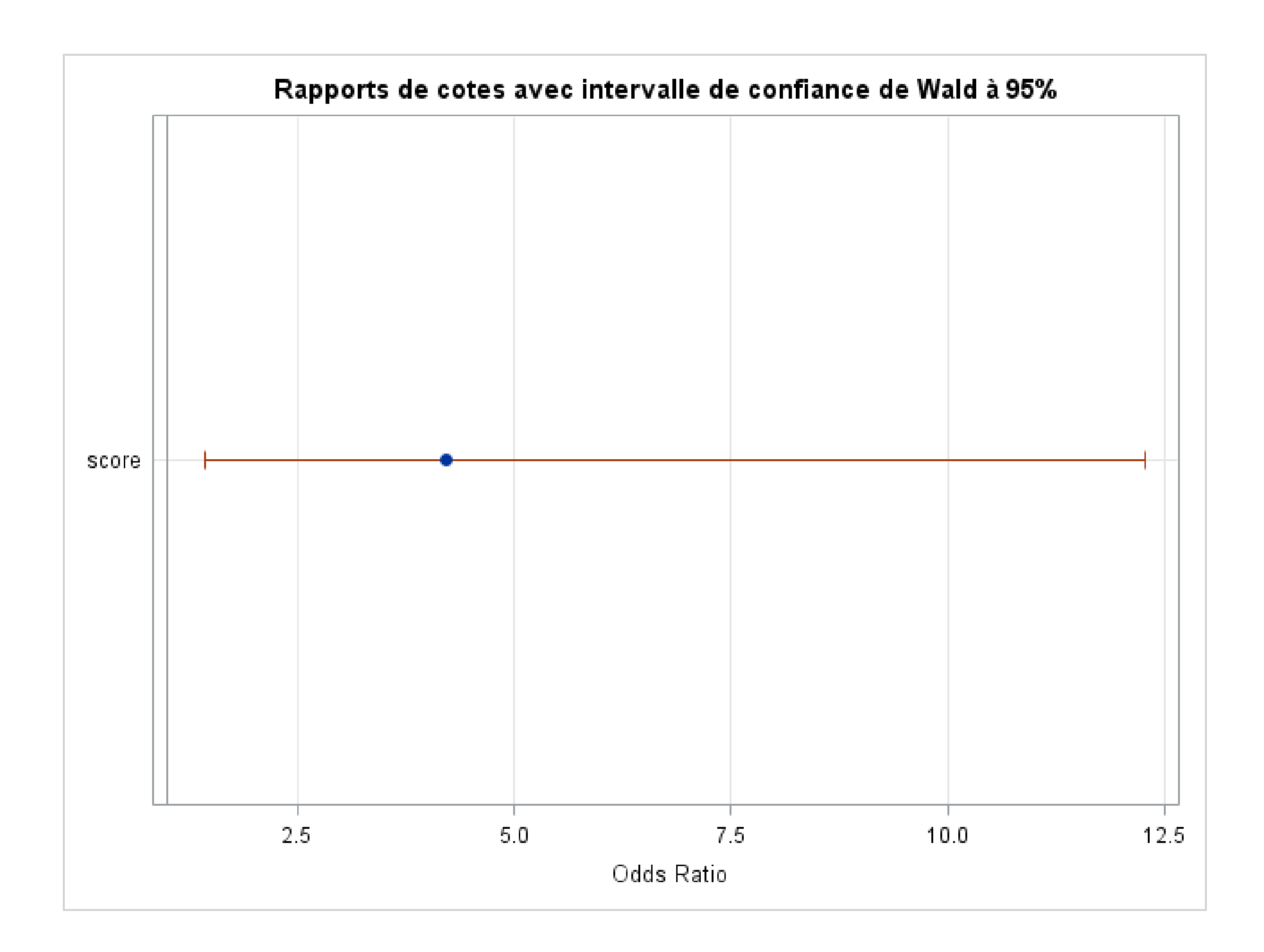
Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	**Constante uniquement**	**Constante et covariables**
AIC	44.806	19.546
SC	46.332	22.599
-2 Log L	42.806	15.546

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0			
Test	**Khi-2**	**DDL**	**Pr > Khi-2**
Rapport de vrais	27.2597	1	<.0001
Score	20.4251	1	<.0001
Wald	6.9379	1	0.0084

Estimations par l'analyse du maximum de vraisemblance					
Paramètre	**DDL**	**Valeur estimée**	**Erreur type**	**Khi-2 de Wald**	**Pr > Khi-2**
Intercept	1	-8.6930	3.2456	7.1737	0.0074
score	1	1.4373	0.5457	6.9379	0.0084

Association des probabilités prédites et des réponses observées			
Pourcentage concordant	93.7	**D de Somers**	0.905
Pourcentage discordant	3.2	**Gamma**	0.935
Pourcentage lié	3.2	**Tau-a**	0.408
Paires	253	**c**	0.953

Estimations du rapport de cotes et intervalles de confiance de Wald			
Effet	**Unité**	**Valeur estimée**	**Intervalle de confiance à 95 %**
score	1.0000	4.209	1.445 - 12.266



Les conditions de validité du modèle logistique sont remplies : statistiques d'ajustement du modèle AIC et SC, rapport de vraisemblance ($p<0,05$) et critère de convergence du modèle respecté. De plus, le modèle montre une forte capacité prédictive, puisqu'il y a 94% d'accord entre les probabilités prédites et les réponses observées, et que la valeur du D de Somer[1] est très proche de 1 (0.905).

Les estimations de β par l'analyse du maximum de vraisemblance et le test du Chi-2 de Wald montrent un effet « score » et un effet K (constante) significatifs au seuil 5%. On peut donc rejeter l'hypothèse nulle globale $\beta = 0$. Ce qui signifie que les variables explicatives (les facteurs de risque familiaux testés) ont une valeur prédictive sur la variable d'intérêt (présence d'une phobie scolaire).

---

[1] Le D de Somer correspond à la différence entre le nombre de pairs concordantes et le nombre de pairs discordantes divisé par le nombre total de pairs indépendantes. Il est compris entre -1 et +1. Il permet d'apprécier le pouvoir discriminant du modèle qui est d'autant plus important que le résultat s'approche de 1.

Les Odds ratios et l'intervalle de confiance (IC) à 95% sont calculés par la formule :

OR=exp$^{\beta x}$

- *X est la variable explicative*
- *β correspond aux valeurs estimées du coefficient de régression linéaire*

OR effet score = 4.209 [1,4-12,3]

Cette estimation de l'effet score signifie qu'un enfant a 4,2 fois plus de risque d'être phobique scolaire quand il présente un score élevé de risque familial.

Le modèle est quantitatif, c'est-à-dire que pour chaque augmentation du score cumulé de risque de 1 point, la probabilité d'appartenir au groupe phobie scolaire augmente de 4 points. Le modèle montre donc une relation statistique positive entre le niveau de score cumulé de risque familial et la probabilité de présenter une phobie scolaire.

Nous avons joint en annexe le TTEST qui compare les moyennes de chaque variable du score entre les deux groupes et les graphiques correspondants : distribution de score et graphique Q-Q (Annexe 10).

2. Résultats du modèle de régression logistique des facteurs de risque familiaux associés à la phobie scolaire

Nous nous sommes ensuite demandé quels étaient parmi les 14 facteurs de risques familiaux composant le score, ceux qui associés entre eux jouaient un rôle significatif indépendant dans la phobie scolaire. Nous avons pour cette raison mis au point un second modèle de régression logistique, dont voici les résultats (Tableau XI).

Tableau XI : Modèle de régression logistique des facteurs de risques familiaux indépendants associés à la phobie scolaire

Informations sur le modèle	
Table	WORK.TWO
Variable de réponse	A1
Nombre de niveaux de réponse	2
Modèle	logit binaire
Technique d'optimisation	Score de Fisher

Nombre d'observations lues	34
Nombre d'observations utilisées	34

Profil de réponse		
Valeur ordonnée	**A1**	**Fréquence totale**
1	1	11
2	0	23

La probabilité modélisée est A1=1.

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	**Sans covariables**	**Avec covariables**
AIC	47.134	30.628
SC	47.134	38.260
-2 Log	47.134	20.628

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0			
Test	**Khi-2**	**DDL**	**Pr > Khi-2**
Rapport de vrais	26.5061	5	<.0001
Score	18.6709	5	0.0022
Wald	6.8270	5	0.2338

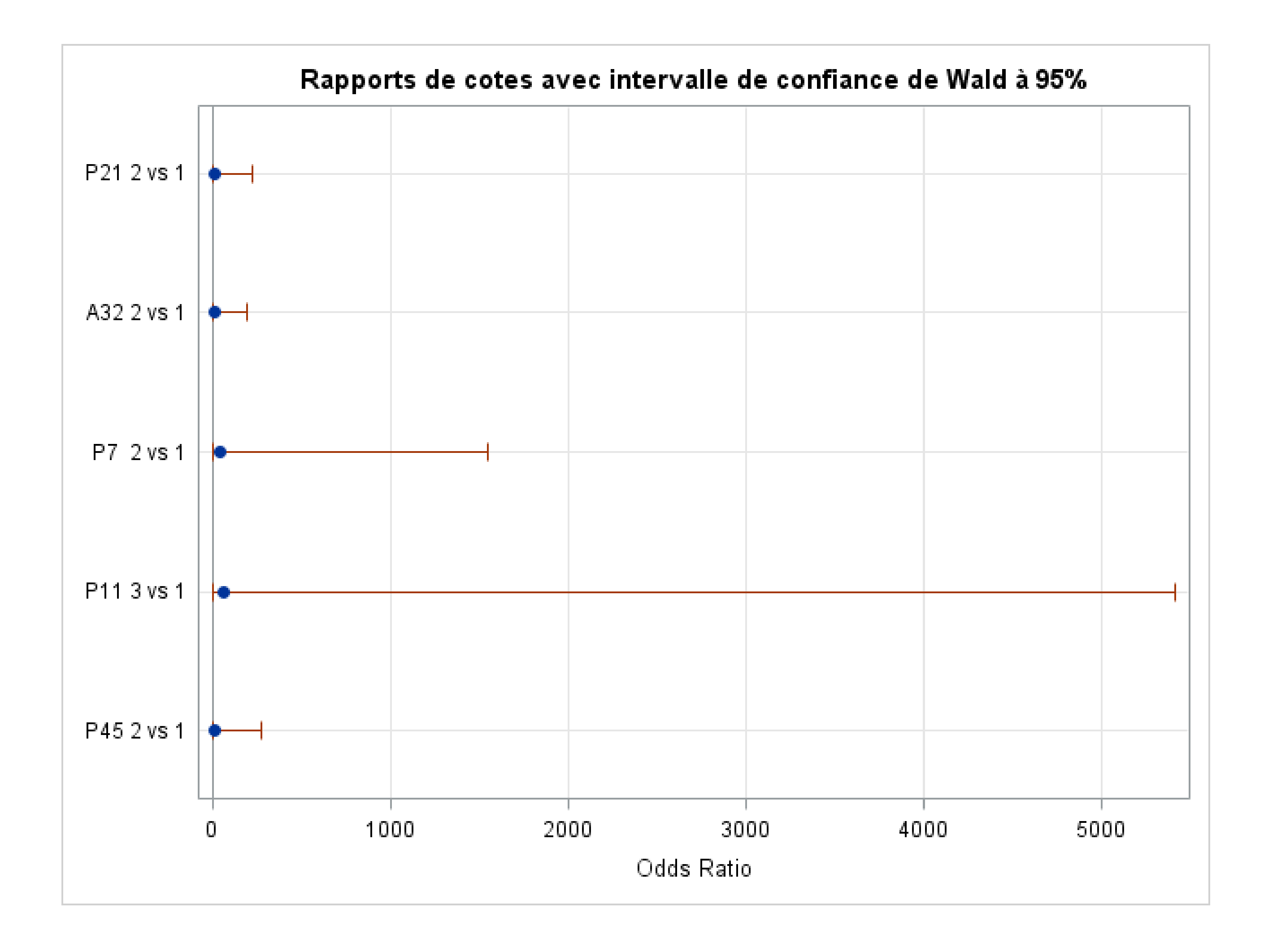
Analyse des effets Type 3			
Effet	**DDL**	**Khi-2 de Wald**	**Pr > Khi-2**
P21	1	2.1405	0.1435
A32	1	3.3040	0.0691
P7	1	4.3684	0.0366
P11	1	3.2349	0.0721
P45	1	2.9863	0.0840

Estimations par l'analyse du maximum de vraisemblance							
Paramètre		**DDL**	**Valeur estimée**	**Erreur type**	**Khi-2 de Wald**	**Pr > Khi-2**	**Exp(Est)**
P21	**2**	1	1.1525	0.7878	2.1405	0.1435	3.166
A32	**2**	1	1.2608	0.6936	3.3040	0.0691	3.528
P7	**2**	1	1.8940	0.9062	4.3684	0.0366	6.646
P11	**3**	1	2.0568	1.1436	3.2349	0.0721	7.821
P45	**2**	1	1.3171	0.7622	2.9863	0.0840	3.733

Association des probabilités prédites et des réponses observées			
Pourcentage concordant	90.1	**D de Somers**	0.846
Pourcentage discordant	5.5	**Gamma**	0.884
Pourcentage lié	4.3	**Tau-a**	0.381
Paires	253	**c**	0.923

Estimations du rapport de côtes et intervalles de confiance de Wald				
Effet	**Unité**	**Valeur estimée**	**Intervalle de confiance à 95 %**	
P21 2 vs 1	1.0000	10.025	0.457	219.863
A32 2 vs 1	1.0000	12.448	0.821	188.751
P7 2 vs 1	1.0000	44.165	1.266	>999.999
P11 3 vs 1	1.0000	61.167	0.691	>999.999
P45 2 vs 1	1.0000	13.933	0.702	276.447

- P21 : risque (2/1) lié à l'absence d'activités de loisir impliquant une sociabilité chez la mère
- A32 : risque (2/1) lié la perception de l'adolescent d'absence de difficulté pour la scolarité de ses parents
- P7 : risque (2/1) lié à un arrêt d'activité professionnelle de la mère pendant plus de un an
- P11 : risque (3/1) lié à un niveau d'études BEP/CAP chez la mère.
- P45 : risque (2/1) lié à des antécédents de phobie sociale dans la famille



Les conditions de validité du modèle sont remplies (statistiques d'ajustement du modèle, rapport de vraisemblance $p<0,05$, état de convergence du modèle respecté). De plus, le modèle montre une forte capacité prédictive, puisqu'il y a 90% d'accord entre les probabilités prédites et les réponses observées, et que la valeur du Somer's D est de 0,846, donc proche de 1.

Les estimations β par l'analyse du maximum de vraisemblance et le test du Chi-2 de Wald montrent :

- un effet de P7 statistiquement significatif à 3%
- un effet d'A32 et P11 significatifs à 7%
- en effet de P45 significatif à 8%
- un effet de P21 significatif à 14%

Le modèle retenu, contrairement au modèle précédent, ne fournit pas de valeur constante qui permettrait de définir un Odds Ratio (OR) « de base » pour un groupe de référence ne présentant pas les facteurs de risque retenus.

Les valeurs de OR et des IC sont données par le tableau « Estimation du rapport de côtes et intervalles de confiance de wald » ci-dessus (Tableau XI) ; seule la variable P7 (arrêt d'activité professionnelle chez la mère pendant une durée > 1 an) est statistiquement significative à 5%, mais 4 variables sur 5 sont significatives à 10%.

Cinq variables indépendantes définissent le risque familial associé à la phobie scolaire. La présence associée de plusieurs de ces variables augmente le niveau de risque, comme cela a été constaté par le premier modèle de régression logistique de score cumulé

3. Conclusion des modèles de régression logistique

Quand on compare les réponses de 11 couples parents-adolescents phobiques à celles de 23 couples parents-adolescents non phobiques comparables, on montre que le score cumulé de risque familial est en moyenne plus important dans le groupe avec phobie scolaire que dans le groupe témoin, et que le risque de phobie scolaire augmente de 4% quand le score augmente de 1 point.

Les variables composantes du score ont été recodées pour identifier celles qui étaient associées de manière indépendante au risque de phobie scolaire : l'association de cinq réponses aux questions A32, P7, P11, P21, P45 permet selon notre modèle d'avoir 90% d'accord entre probabilités prédites et réponses observées, c'est-à-dire de « prédire » si le couple parents-adolescent est phobique scolaire ou non.

III. Résultats de l’étude complémentaire

Le nombre de témoignages recueillis est de 73 est la répartition se fait comme le montre le tableau (Tableau XII). Nous avons joint en annexe la retranscription intégrale des réponses ouvertes (Annexe 6, Annexe 7, Annexe 8 et Annexe 9).

Tableau XII : Répartition du nombre de réponses ouvertes

Témoignages	Phobie scolaire	Témoins
Adolescents	8	20
Parents (dont pères)	14 (3)	31 (9)
Total	**22**	**51**

Le nombre de mots par réponse était plus important dans le groupe phobie scolaire que ce soit chez les adolescents ou chez les parents (Tableau XIII)

Tableau XIII : Etude du nombre de mots par réponse avec moyenne (médiane)

	Phobie scolaire	Témoins
Adolescents	34,25 (27,5)	19,10 (16)
Parents	71,29 (63)	60,19 (45)
Total	**57,82 (47,5)**	**44,08 (29)**

L’analyse univariée de chaque référence fait ressortir 5 thèmes employés plus fréquemment par le groupe phobie scolaire (adolescents et parents). La différence est significative avec un seuil statistique à 10% (Tableau XIV).

Tableau XIV : Analyse de contenu des réponses ouvertes parents et adolescents, avec n (%)

Thème	Phobie scolaire	Témoins	p test du χ^2	p test de Fisher
Jugement négatif	15 (68.2)	21 (41.2)	0.0342	0.0433
	dont parents : 12 (85.7)	15 (48.4)	0.0179	0.0234
Compréhension	7 (31.8)	4 (7.8)	0.0086*	0.0140
Théâtre/Comédie	4 (18.2)	0 (0.0)	0.0017†	0.0067
Forcer	3 (13.6)	1 (2.0)	0.0443†	0.0789
Peur/Inquiétude	10 (45.5)	10 (19.6)	0.0231	0.0430

** Cellsexpected<5: 1 (25 pct.) ; † Cellsexpected<5: 2 (50 pct.)*

D. Discussion

I. Intérêt de l'étude

Dans la littérature, on retrouve majoritairement des comparaisons du fonctionnement familial chez les phobiques scolaires avec la population générale. Dans notre étude, nous avons réalisé une comparaison avec la population adolescente consultant également en pédopsychiatrie. Une étude anglaise de 1981 (Berg et al. 1981) a tenté de mettre en évidence un fonctionnement familial particulier qui favoriserait l'émergence d'une phobie scolaire à l'adolescence. L'étude compare 19 adolescents avec phobie scolaire à 29 adolescents

présentant d'autres troubles psychiatriques. Les entretiens réalisés ont recherché spécifiquement l'implication des parents dans les tâches ménagères, le soin apporté aux enfants, la gestion du budget familial, les activités sociales, la fréquentation d'amis ou d'autres membres de la famille, l'implication dans le travail, la composition familiale, le niveau d'éducation des parents et leur classe économique. Aucune différence significative n'a pu être mise en évidence ($p>0,05$).

Notre étude va dans le sens d'une différence avec pour les familles d'adolescents avec phobie scolaire une socialisation entravée de la mère (activité professionnelle ou de loisir), une moindre implication des parents concernant le travail scolaire de leur enfant, une catégorie socio-professionnelle majoritairement ouvrière, une croyance erronée des adolescents qui ne soupçonnent pas que leurs parents aient pu avoir des difficultés pendant leur scolarité et une plus grande proportion concernée par un antécédent familial de phobie sociale. L'étude a permis de mettre en évidence des facteurs de risque familiaux de phobie scolaire chez l'adolescent sur un petit échantillon. Elle permet de donner des pistes de recherche pour des études ultérieures. L'étude statistique multivariée a permis de confirmer un effet des caractéristiques familiales de façon indépendante. Enfin, l'analyse des questions ouvertes a mis en exergue l'état de perplexité dans lequel se trouvent les parents face à la phobie scolaire de leur adolescent.

Le processus de l'étude a pu par ailleurs, avoir un bénéfice direct dans la prise en charge des adolescents, par le caractère « convivial » de l'outil. L'adolescent a pu se sentir valorisé par sa participation. De leur côté, les parents ont pu bénéficier d'un espace d'expression pour eux. Au cours de l'étude, les parents ont exprimé le fait qu'ils avaient apprécié qu'un temps conséquent leur ait été consacré. Les parents se sont beaucoup saisis du temps de parole sans l'adolescent. Les questionnaires pouvaient amener les familles à une réflexion sur leur fonctionnement. L'excuse du support aidait à aborder certains sujets délicats, comme le ressenti des parents face aux difficultés de leur enfant. Il serait intéressant en pratique clinique de travailler lors d'un entretien commun les écarts de réponses entre celles de l'adolescent et celles de ses parents.

L'utilisation de ce protocole en consultation peut aider à l'investigation du fonctionnement familial en cas de phobie scolaire. Le fait de s'appuyer sur un outil autorise le fait de recevoir les parents sans l'adolescent tout en diminuant le phénomène de

fantasmatisation par l'adolescent sur le contenu des échanges en son absence. La confrontation des éléments recueillis de façon séparée dans un troisième temps permet de décaler le point de vue de chacun et ouvrir sur un travail de réflexion. Par exemple, dans notre étude, la discordance de perception concernant le vécu et la réussite scolaire des parents est apparue déterminante.

L'étude apporte également un éclairage intéressant concernant l'entité diagnostique « phobie scolaire ». L'absence de lien spécifique avec l'angoisse de séparation et son éclosion propice à l'adolescence sont deux paramètres qui sont nettement confirmés au niveau de l'échantillon étudié.

II. Limites méthodologiques et biais

La puissance de notre étude a été limitée par le faible effectif de notre échantillon. Nous ne disposions que des 6 mois de durée de notre stage pour mettre au point notre étude ce qui a considérablement restreint la phase de recrutement. Nous n'avons pas pu constituer un échantillon représentatif de la population prise en charge au centre Mosaïque sur une année. Pour contrer la limite du faible effectif, nous avons doublé le nombre de témoins par cas pour augmenter la puissance et diminuer le risque béta[1].

Par ailleurs nous avons travaillé à partir d'un recrutement unicentrique et nos résultats ne sont pas généralisables à la population des adolescents avec phobie scolaire. Pour être représentatif de l'ensemble des adolescents atteints d'une phobie scolaire quelle que soit la gravité, il serait également intéressant d'obtenir des données concernant les adolescents avec phobie scolaire hospitalisés à temps plein comme à l'inverse des adolescents qui n'auraient pas consulté en psychiatrie.

Nous ne disposions pas d'outil d'investigation validé en français. Nous avons donc dû mettre au point un outil sous la forme d'un questionnaire. Un questionnaire comporte en soi un biais d'information en limitant le contenu des réponses. La formulation des questions peut orienter les réponses des participants. Le questionnaire était intégré à un entretien. Notre

[1] Probabilité de ne pas conclure à une différence alors que celle-ci existe dans la réalité.

personnalité et la relation thérapeutique ont pu jouer sur les réponses apportées par l'adolescent et ses parents.

Le fait que notre étude soit uniquement transversale, et non avec un suivi projectif, ne nous permet pas d'affirmer que les caractéristiques familiales repérées sont à l'origine de la survenue d'une phobie scolaire et non plutôt une conséquence du trouble.

III. Interprétation des résultats

Les résultats montrent à la fois un plus faible niveau d'éducation des parents et un moindre soutien des parents pour le travail scolaire de leurs adolescents dans le groupe phobie scolaire. Nous pouvons mettre en relation ces deux facteurs de risque familiaux. Ces parents souffrent peut-être d'un manque de confiance pour s'impliquer dans le soutien scolaire de leur enfant. Finalement, il peut se créer un malaise par rapport aux difficultés scolaires. Le jeune avec phobie scolaire qui méconnaît l'existence de difficultés naturelles au cours du parcours scolaire, n'est pas préparé à les affronter. Il semble que les enfants avec phobie scolaire ont tendance à idéaliser le parcours de leurs parents, à la façon d'un modèle surmoïque inatteignable. Ils se mettent alors en position d'échec inévitable et préfèrent se soustraire de cette situation. Ce modèle rejoint celui bien connu du Japon où la pression scolaire sociétale entraîne une proportion record de refus scolaire.

Le lien à la mère, comme dans toutes les études précédentes, semble jouer un rôle. Les mères des adolescents avec phobie scolaire sont apparues plus centrées sur le domicile (arrêt prolongé d'activité professionnelle et moins de loisirs extérieurs).

La plus faible prévalence de conflit ouvert au sein de la fratrie pour les sujets atteints de phobie scolaire peut être mis en parallèle avec le chapitre écrit par Philippe Caillé « Quand le conflit de fratrie se règle à l'école » (Blanchard et al. 1994). D'après lui la fratrie est amenée à se dissoudre, pour aboutir à la création d'une nouvelle famille, propre à l'individu. Ce lien particulier touche donc directement à la question de l'individuation. Ce lien inattaquable en apparence souligne la difficulté de l'adolescent phobique scolaire à se différencier. Philippe Caillé va plus loin dans son analyse, en décrivant un système familial où les frontières transgénérationnelles s'effacent au profit d'un fonctionnement proche d'une

grande « pseudo-fratrie ». Pour lui, « l'enfant-symptôme » révèle alors un conflit de fratrie tacite, qui lui-même sous-tend un jeu familial complexe inavouable.

L'analyse du discours et des thèmes employés plus fréquemment dans le groupe phobie scolaire, en particulier: Jugement négatif, Compréhension, Théâtre/Comédie, Forcer, nous rappelle les thématiques retrouvées dans le discours entourant la symptomatologie dépressive. La difficulté des parents à comprendre le symptôme (comédie/peur) de leur enfant et à se positionner par rapport à celui-ci (contrainte/laisser-faire) apparaît clairement.

IV. Concordance avec les résultats de la littérature

Les résultats concernant les antécédents familiaux concordent avec les résultats des études antérieures (Bahali et al. 2011, Ozcan et al. 2006, McShane et al. 2001, King and Bernstein 2001, Martin et al. 1999). Ils confirment la prévalence plus importante des troubles anxio-dépressifs dans la famille. De plus les études retrouvent également cette spécificité de l'antécédent familial de phobie sociale. En effet, la phobie sociale ou phobie simple est retrouvée comme antécédent familial principal dans les familles des enfants avec refus scolaire anxieux, les distinguant bien des enfants avec anxiété de séparation où l'antécédent familial principal est le trouble panique avec agoraphobie.

Les résultats sont plus discordants concernant le niveau socio-culturel des parents. Si l'étude de Bahali et al. (2011) retrouve également un niveau d'éducation plus faible dans les familles avec phobie scolaire, la revue de littérature réalisée en 2001 par King et Bernstein confirme une mixité des statuts socio-économiques des familles concernées.

L'étude bordelaise (Blaya 2003) met en évidence un effet bénéfique de l'intérêt porté par les parents sur le travail scolaire de leur enfant. Cette étude laisse donc penser que nos résultats concernant un moindre investissement des parents du groupe phobie scolaire dans la scolarité de leur enfant ne soient pas seulement une possible réaction des parents suite à l'apparition de la phobie.

La séparation récente des parents laisse supposer le rôle d'un conflit parental dans l'émergence d'une phobie scolaire et rejoint en cela les résultats de plusieurs études (McShane et al. 2001, Kearney and Silverman 1995, Obondo and Dhadphale 1990). De manière plus générale la rigidité familiale et la difficulté d'adaptation dans les familles avec

refus scolaire chez l'adolescent sont des facteurs qui ont été démontrés (Bernstein et al. 1999, Kearney and Silverman 1995).

Cette difficulté d'adaptation de la famille à l'avènement de l'adolescence chez un enfant renforce l'idée d'une pathologie propre à cette période. Des études récentes ont également appuyé cette thèse (McShane et al. 2001, King and Bernstein 2001) et vont à contre sens de la thèse avancée précédemment d'un continuum avec l'angoisse de séparation (Johnson 1957).

Nous avons pu constater que les adolescents avec phobie scolaire ont tendance à sous-estimer les difficultés que leurs parents ont pu avoir pendant leur scolarité. Ces résultats peuvent être confrontés à ceux d'une étude américaine qui montre que les enfants avec refus scolaire anxieux ont tendance à se référencer à des exigences scolaires irréalistes (Waldron et al. 1975) .

Conclusion

Notre travail a eu pour but d'explorer l'entité diagnostique « phobie scolaire ». Ce sujet nous a intéressés par sa fréquence dans la pratique de la pédopsychiatrie et par les nombreuses questions qu'il soulève. L'objectif était d'en avoir une vision plus précise et de pouvoir dégager certains enjeux sous-jacents, en particulier au sein du système familial.

Si l'école est la cible du refus, les raisons avancées par l'adolescent sont multiples : harcèlement par les pairs (« bullying » en anglais), mauvaise relation avec un professeur, honte à se dévêtir dans les vestiaires du cours de sport, peur de ne pas y arriver lors des contrôles etc. Les parents ont tendance également à blâmer l'école et à aller dans le sens des plaintes de l'adolescent. S'il ne faut pas négliger ces causes, elles ne résument pas à elles seules la situation de blocage dans laquelle se trouve la famille.

Cela confirme que, si l'adolescent qui refuse de se rendre au collège, est le premier membre de la famille à faire appel aux soins psychiatriques, le psychiatre doit prendre en compte l'ensemble de cette famille « phobogène ». Décentrer le problème de l'adolescent à la famille est moteur en soi dans le soin.

Notre travail a voulu souligner l'intrication de la symptomatologie avec les processus de développement au moment de l'adolescence. La phobie scolaire semble pouvoir rejoindre d'autres pathologies de l'adolescent comme l'anorexie mentale dans ses modèles diagnostiques et thérapeutiques. L'évolution de la société joue un rôle vraisemblable sur les pathologies de l'adolescent. Les rapports et les enjeux familiaux ne sont plus les mêmes qu'au début du XXe siècle. L'enfant concentre plus de nos jours les espoirs et les inquiétudes de ses parents.

On ne peut évidemment pas résumer les causes de phobie scolaire au seul environnement familial. Il est cependant très utile pour le psychiatre de repérer les fonctionnements familiaux à risque de déclenchement ou de maintien d'une phobie scolaire à l'adolescence, pour pouvoir les aborder en entretien avec les familles. L'implication des parents dans le soin est primordiale pour arriver à travailler efficacement une séparation nécessaire à l'adolescence. Cependant il est difficile de solliciter un changement familial sans s'appuyer sur un protocole se soins qui sert d'instance tierce.

Ce travail a été envisagé dans un but exploratoire pour guider des études plus importantes. Nous avons pu mettre en évidence des facteurs de risque familiaux. L'analyse du discours des parents a également souligné leur besoin d'être accompagnés dans la compréhension du trouble de leur enfant. L'étude confirme le rôle du contexte familial dans l'émergence d'une phobie scolaire à l'adolescence. Les résultats permettent une orientation des hypothèses suffisamment précise pour une recherche ultérieure. De plus, ils confirment l'hypothèse générale de l'étude d'une interaction parents-enfant dans le processus de la phobie scolaire.

L'étude place clairement la phobie scolaire dans la catégorie des pathologies de l'adolescent. Il serait intéressant de confirmer ces résultats sur un échantillon plus représentatif pour permettre de redéfinir plus précisément l'entité diagnostique « phobie scolaire », encore trop souvent amalgamée au trouble « anxiété de séparation ». Une démarche de dépistage scolaire plus systématique permettrait d'étendre l'étude à une population scolaire plus représentative. Enfin, l'étude analytique pourrait s'enrichir d'un deuxième groupe témoin avec des élèves recrutés en population générale dans les collèges.

Le travail en lien avec les équipes éducatives est primordial pour améliorer la connaissance et le repérage des situations critiques et ainsi favoriser l'orientation rapide vers les soins. La prise en charge précoce est une priorité pour éviter la chronicisation qui entrave gravement le pronostic avec un risque d'isolement social et d'arrêt prématuré des études.

Le questionnement scientifique qui peut paraître abstrait au premier abord, est essentiel à l'enrichissement des connaissances et de la réflexion nécessaires dans la pratique quotidienne. Cet apport permet ensuite une analyse fine des situations cliniques de chaque patient pour l'élaboration d'hypothèses de soins adaptées.

Bibliographie

1. **Ajuriaguerra J de.** *Manuel de psychiatrie de l'enfant.* 2. éd. entièrement refondue. Paris: Masson; 1974.

2. **American Psychiatric Association, (APA)** *DSM-IV. Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-IV-TR.* [Internet]. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000 [cited 2013 Dec 3]. Available from: http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=22

3. **Bahali K, Tahiroglu AY, Avci A, Seydaoglu G.** Parental psychological symptoms and familial risk factors of children and adolescents who exhibit school refusal. *East Asian Arch. Psychiatry Off. J. Hong Kong Coll. Psychiatr.* Dong Ya Jing Shen Ke Xue Zhi Xianggang Jing Shen Ke Yi Xue Yuan Qi Kan. 2011 Dec;21(4):164–9.

4. **Baranger E.** La phobie scolaire, définition et symptomatologie. *Soins Pediatr Pueric*. 2012 Aug;(267):14–7.

5. **Berg I, Butler A, Fairbairn I, McGuire R.** The parents of school phobic adolescents - a preliminary investigation of family life variables. *Psychol. Med.* 1981 Feb;11(1):79–83.

6. **Bernstein GA, Warren SL, Massie ED, Thuras PD.** Family dimensions in anxious-depressed school refusers. *J. Anxiety Disord.* 1999 Oct;13(5):513–28.

7. **Bertalanffy L von, Chabrol JB.** *héorie générale des systèmes.* Paris: Dunod; 1973.

8. **Binet A.** *La psychologie du raisonnement: recherches expérimentales par l'hypnotisme* (1886). Paris: L'Harmattan; 2005.

9. **Birraux A.** Phobie à l'adolescence : retrouver son intégrité? *Journal des Psychologues.* 1995 Sep;(130):59–61.

10. **Blanchard F, Casagrande E, McCulloch P.** *c hec scolaire: nouvelles perspectives systémiques.* Paris: ESF; 1994.

11. **Blaya C.** *Construction sociale du refus de l'école: processus de non-scolarisation, de déscolarisation et de décrochage scolaire en France et en Angleterre.* Rapport de recherche. DPD. 2003.

12. **Brandibas G.** La Construction de l'objet dans la recherche clinique : l'exemple du refus de l'école. *L'Orientation Sc. Prof.* 2005 Jun 15;(34/2):249–63.

13. **Brandibas G.** *Le refus de l'école, six points de vue.* Paris: Harmattan; 2007.

14. **Broadwin IT.** A contribution to the study of truancy. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1932;2(3):253–9.

15. **Bryce G, Baird D.** Precipitating a crisis: family therapy and adolescent school refusers. *J. Adolesc.* 1986 Sep;9(3):199–213.

16. **Caillé P, Selvini Palazzoli M.** *Familles et thérapeutes, lecture systémique d'une interaction.* Paris: ESF éd.; 2006.

17. **Catheline N.** Quand penser devient douloureux : Intérêt du travail thérapeutique de groupe en institution et avec médiateur dans la pathologie du jeune adolescent. *Psychiatr. Enfant.* 2001;44(1):169–210.

18. **Catheline N.** Refus scolaire et difficultés scolaires à l'adolescence. *EMC* Elsevier Masson SAS Paris. 2010;Psychiatrie/Pédopsychiatrie:37–216–D–10.

19. **Catheline N.** *Psychopathologie de la scolarité: de la maternelle à l'université.* 3e ed. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.

20. **Chiland C, Young JG.** *L' nfant dans sa famille. Le refus de l'école, un aperçu transculturel.* Paris: Presses universitaires de France; 1990.

21. **Cordié A.** De la phobie scolaire au surinvestissement du savoir. *Enfances Psy.* 2002;17(1):105–10.

22. **Delaroche P.** Les « décrocheurs » scolaires : une manifestation de l'effondrement de la fonction paternelle ? *Enfances Psy.* 2012;54(1):65–73.

23. **Deroy V.** Écouter le sens du symptôme scolaire dans l'entretien familial. *J. Psychol.* 2006;240(7):24–8.

24. **Dessoy E.** Le refus de l'école: Une application possible du rite de passage. *Thérapie Fam.* 2004;25(1):45.

25. **Ding J, Gadit AM, Peer SB.** School refusal in adolescent young man: could this be an idiopathic amotivational syndrome? *BMJ* Case Rep. 2014;2014.

26. **Dolto F.** *La cause des adolescents.* Paris: Pocket; 2003.

27. **Dugas M, Guériot C.** [School phobias: clinical and psychopathological study]. *Psychiatr. Enfant.* 1977;20(2):307–82.

28. **Duverger P, Guedj-Bourdiau M-J, Braconnier A.** *Crise et urgence à l'adolescence.* Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.

29. **Egler P-J, Baleyte J-M.** [Systemic approach to school phobia]. *Soins Pédiatrie Puériculture.* 2012 Aug;(267):18–22.

30. **Ferreira AJ.** Family myth and homeostasis. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1963 Nov;9:457–63.

31. **François-Poncet C-M.** Exigence scolaire à l'adolescence. *AFPsyMed.* 2005 Février;(Numéro spécial):5–6.

32. **Freud S.** *Le petit Hans : analyse de la phobie d'un garçon de cinq ans.* Paris: PUF; 2006.

33. **Gaillard J-P.** *nfant s et adolescents en mutation mode d'emploi pour les parents, éducateurs, enseignants et thérapeutes.* Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur; 2012.

34. **Gal J-M,** Sous la direction de Daniel Marcelli. *62 Phobies scolaires : Contribution clinique à l'étude des phobies scolaires du grand enfant et de l'adolescent.* Poitiers; 1993.

35. **Gauchet M.** Mutation dans la famille et ses incidences. *Rev. Lacanienne.* 2010;8(3):17.

36. **Gayral L, Carrie J, Bonnet J.** [Confinement]. *Ann. Méd.-Psychol.* 1953 Apr;111(1 4):469–96.

37. **Germain V, Olympio N.** *Parcours scolaires en France et espace d'opportunités: une analyse à l'aune de la théorie des capabilités de Sen.* 2012 Oct;(120):[En ligne].

38. **Girardon N, Guillonneau J.** Phobie scolaire à l'adolescence. *Perspect. Psy.* 2009 Oct 15;48(4):375–81.

39. **Goldbeter-Merinfeld E.** Nouvelles configurations familiales: Introduction. *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux.* 2011;47(2):5–17.

40. **Golse B.** Apprentissages et échecs scolaires: aspects psychodynamiques. *Les dossiers du JFP.* 2004;17–25.

41. **Golse B.** L'impact des exigences scolaires au fil des âges. *Nervure (Journal de Psychiatrie).* 2005;(Numéro spécial AFPsyMed):1–2.

42. **Haley J, Kannas S, Wieviorka S, Siwek E.** *Leaving home: quand le jeune adulte quitte sa famille : psychopathologie et abord psychothérapique.* Paris: ESF; 1991.

43. **Haute Autorité de Santé (Recommandations).** Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires. 2005.

44. **Hayez J-Y, Lazartigues A.** Mouvances des familles et réponses aux besoins des enfants I. L'amour et la confiance de base. *PSN.* 2003 Nov;1(5):31–7.

45. **Hersov L.** School refusal. *Br. Med. J.* 1972 Jul 8;3(5818):102–4.

46. **Hersov L.** Refusal to go to school. *J. Child Psychol. Psychiatry.* 1960 Apr;1(2):137–45.

47. **Heuyer G.** *nfant s anormaux et délinquants juvéniles. Nécessité de l'examen psychiatrique des écoliers.* Paris: G. Steinheil; 1914.

48. **Le Heuzey M-F, Mouren M-C.** *Phobie scolaire : comment aider les enfants et adolescents en mal d'école ?* Paris: J. Lyon; 2008.

49. **Hochadel J, Frölich J, Wiater A, Lehmkuhl G, Fricke-Oerkermann L.** Prevalence of Sleep Problems and Relationship between Sleep Problems and School Refusal Behavior in School-Aged Children in Children's and Parents' Ratings. Psychopathology [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 20]; Available from: http://www.karger.com?doi=10.1159/000345403

50. **Van Houten J.** Mother-child relationships in twelve cases of school phobia. *Smith Coll. Stud. Soc. Work.* 1948;(18):161–80.

51. **Huerre P, Leroy P.** *L' absentéisme scolaire du normal au pathologique.* [Paris]: Fayard; 2010.

52. **Ingul JM, Nordahl HM.** Anxiety as a risk factor for school absenteeism: what differentiates anxious school attenders from non-attenders? *Ann. Gen. Psychiatry.* 2013;12(1):25.

53. **Jeammet P, Corcos M.** *v olution des problématiques à l'adolescence.* Rueil-Malmaison: Doin; 2010.

54. **Johnson AM.** School phobia; workshop, 1955. III. Discussion. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1957 Apr;27(2):307–9.

55. **Johnson AM, Falstein EI, Szurek SA, Svendsen M.** SCHOOL PHOBIA. *Am. J. Orthopsychiatry.* 1941;11(4):702–11.

56. **Jung CG.** *A case of neurosis in a child.* New York: Bolligen Foundation: Pantheon Books; 1961.

57. **Kafka F.** *La Métamorphose.* [Paris]: Gallimard; 2000.

58. **Kearney CA, Silverman WK.** Family environment of youngsters with school refusal behavior: A synopsis with implications for assessment and treatment. *Am. J. Fam. Ther.* 1995 Mar;23(1):59–72.

59. **King NJ, Bernstein GA.** School refusal in children and adolescents: a review of the past 10 years. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 2001 Feb;40(2):197–205.

60. **Lebovici S, Le Nestour A.** [Apropos of severe school phobias]. *Psychiatr. Enfant.* 1977;20(2):383–432.

61. **Legrée I.** De l'école buissonnière à la phobie scolaire. *Soins Pediatr Pueric.* 2012 Aug;(267):37–8.

62. **Lida Pulik H, Colin B, Basquin M.** La phobie scolaire à l'adolescence. *Neuropsychiatr Enfance Adoles.* 1996 Mai;(5):211–4.

63. **Longueville C, Lesclous F.** Phobie scolaire chez l'adolescent, soins et retour vers l'école. *Soins Pediatr Pueric.* 2012 Aug;(267):23–6.

64. **Malmquist CP.** School phobia a problem in family neurosis. *J. Am. Acad. Child Psychiatry.* 1965 Apr;4:293–319.

65. **Manicavasagar V, Silove D, Rapee R, Waters F, Momartin S.** Parent-child concordance for separation anxiety: a clinical study. *J. Affect. Disord.* 2001 Jun;65(1):81–4.

66. **Mannoni P.** *Adolescents, parents et troubles scolaires.* Paris: ESF; 1989.

67. **Marcelli D, Braconnier A.** *Adolescence et psychopathologie.* Issy-les-Moulineaux: Masson; 2008.

68. **Martin C, Cabrol S, Bouvard MP, Lepine JP, Mouren-Siméoni MC.** Anxiety and depressive disorders in fathers and mothers of anxious school-refusing children. *J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry.* 1999 Jul;38(7):916–22.

69. **McShane G, Walter G, Rey JM.** Characteristics of adolescents with school refusal. *Aust. N. Z. J. Psychiatry.* 2001 Dec;35(6):822–6.

70. **Mijolla-Mellor S de.** *La sublimation.* Paris: Presses universitaires de France; 2012.

71. **Miller DR, Westman JC.** Reading Disability as a Condition of Family Stability. *Fam. Process.* 1964 Mar;3(1):66–76.

72. **Misès R** *Classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent R-2012 ; Correspondances et transcodage CIM 10.* Rennes: Presse de l'École des hautes études en santé publique; 2012.

73. **Monneyron F.** [School phobia, family, school, and society]. *Soins Pédiatrie Puériculture.* 2012 Aug;(267):34–6.

74. **Obondo A, Dhadphale M.** Family study of Kenyan children with school refusal. *East Afr. Med. J.* 1990 Feb;67(2):100–8.

75. **Organisation mondiale de la santé .** *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes.* Genève, OMS.; 1993.

76. **Ozcan O, Kiliç BG, Aysev A.** [Psychopathology in parents of children with school phobia]. *Türk Psikiyatri Derg. Turk. J. Psychiatry.* 2006;17(3):173–80.

77. **Partridge JM.** Truancy. *Br. J. Psychiatry.* 1939 Jan 1;85(354):45–81.

78. **De Peslouan D.** Le Statut du Symptôme. *Les Collectifs du Cirp.* 2011;2:219–25.

79. **Resch F, Brunner R.** [School refusal]. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 2013;62(8):547–9.

80. **Revol L.** *La phobie scolaire chez le pré-adolescent* (réflexions sur de nouvelles stratégies de prise en charge). 2000.

81. **Rey Y, Gaillard J-P.** Esprit de famille et conscience de soi : une lecture de la phobie scolaire. *Cah. Crit. Thérapie Fam. Prat. Réseaux.* 2001;27(2):135.

82. **Scharmann G.** Rejets d'école à l'adolescence. *Enfances Psy.* 2011;52(3):78–88.

83. **Schmit G, Wawrzyniak M.** Etre père d'adolescent aujourd'hui. *Inf. Psychiatr.* 2000;76(1):19–27.

84. **Schweitzer J, Ochs M.** [Systematic family therapy in school refusal behavior]. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 2003 Aug;52(6):440–55.

85. **Selvini M.** *Réinventer la psychothérapie : l'école de Mara Selvini Palazzoli.* Bruxelles: De Boeck Université; 2008.

86. **Servant D.** Reconnaître la phobie scolaire. *Santé Mentale.* 2010 Oct;151.

87. **Sperling M.** School phobias. Classification, dynamics, and treatment. *Psychoanal. Study Child.* 1967;22:375–401.

88. **Sudres J.-L., Brandibas G., Fourasté R.** La phobie scolaire : symptôme, entité spécifique syncrétisme ou syndrome d'inadaptation ? *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc.* 2004;52(8):556–66.

89. **Valleur M.** A propos des addictions sans drogue. *Etudes* 2007;10(407):331–42.

90. **Waldron S Jr, Shrier DK, Stone B, Tobin F.** School phobia and other childhood neuroses: a systematic study of the children and their families. *Am. J. Psychiatry.* 1975 Aug;132(8):802–8.

91. **Walitza S, Melfsen S, Della Casa A, Schneller L.** [School refusal and dropping out of school: positioning regarding a Swiss perspective]. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiatr.* 2013;62(8):550–69.

92. **Watzlawick P.** *Le langage du changement: éléments de communication thérapeutique.* Paris: Editions du Seuil; 1980.

93. **Yamasaki K, Kurita H, et al.** A study of diagnostic classification of child and adolescent mental disorders: III. The Ministry of Welfare; 1990.

Table des tableaux

Table des annexes

Annexes

Annexe 1: Les stades du développement pubertaire selon Tanner

Stade	Pilosité pubienne chez l'homme	Pilosité pubienne chez la femme	Testicules et pénis chez l'homme	Développement des seins chez la femme
I	Absence de pilosité pubienne ; un fin duvet recouvre la zone génitale.	Absence de pilosité pubienne.	Testicules, scrotum et pénis de taille prépubère.	Pas de seins, élévation éventuelle du mamelon et aréole petite et plate.
II	Quelques poils légèrement pigmentés, droits, allongés, en général à la base du pénis.	Quelques poils longs pigmentés, apparaissant sur le pourtour des grandes lèvres.	Croissance du scrotum et des testicules ; peau scrotale plus rouge et augmentation du volume du pénis.	Apparition du bourgeon mammaire. Le mamelon et l'aréole augmentent de diamètre et sont légèrement bombés.
III	Poils pubiens bien visibles, pigmentés, bouclés, étalés latéralement.	Augmentation de la pigmentation des poils pubiens, qui commencent à friser et n'occupent qu'une petite partie du pubis.	Croissance du pénis en longueur. Allongement du scrotum et augmentation du volume testiculaire.	Les bourgeons mammaires et l'aréole continuent de s'élargir. Le contour des seins ne se dessine pas encore.
IV	Pilosité de type adulte, plus drue.	Les poils pubiens continuent de friser et deviennent plus drus ; pilosité plus dense.	Le volume testiculaire et le scrotum continuent d'augmenter ; pigmentation plus marquée du scrotum ; le pénis continue de grandir et le contour du gland devient visible.	Projection antérieure de l'aréole et du mamelon pour former une seconde protubérance.
V	Pilosité adulte qui s'étend sur la surface interne des cuisses	Pilosité de type adulte en triangle qui s'étend sur la surface interne des cuisses.	Les testicules, le scrotum et le pénis atteignent leur taille et leur forme adultes.	La protubérance aréolaire a disparu, le mamelon continue de saillir ; anatomie de type adulte.

Annexe 2 : Modèle d'entretien destiné aux adolescents (avant le début de l'étude)

Date : …../……/……….

Nom : …………………………. Prénom : …………………………….

Date de naissance : ……/……./…………

Sexe : F / G

Enfant unique : O / N Si non, place dans la fratrie : ……/……

Date début des troubles : ……………………….

Est-ce que tu manges au self du collège le midi ?

Est-ce que tu aimes bien aller au collège ?

Qu'est-ce qui te motive à aller collège ? Qu'est-ce qui te démotive ?

Quelles sont tes matières préférées au collège et pourquoi ? Celles que tu aimes le moins ?

Fais-tu tes devoirs seul ? Si oui, est-ce que cela te convient ? Si non, avec qui ?

A quoi sert le collège d'après toi ?

As-tu de bonnes relations avec les autres élèves du collège ?

Connais-tu le parcours scolaire de tes parents ?

Sais-tu s'ils ont eu des difficultés ou si ça a été dur pour eux la scolarité ?

Est-ce qu'il t'arrive de rester seul à la maison ? Combien de temps ? Est-ce que cela te dérange ?

As-tu peur dans les situations suivantes ?

- Partir de la maison
- Rencontrer les autres élèves
- Lors d'un contrôle ou quand le professeur te rend un contrôle
- Répondre au téléphone
- Aller seul dans un magasin
- Partir en colonie ou en voyage de classe

Que voudrais-tu faire plus tard ? Penses-tu y arriver ?

Annexe 3 : Modèle d'entretien destiné aux parents (avant le début de l'étude)

Profession de la mère : ………………………………….. Du père : ……………………………………………….

I. Relation à l'institution scolaire

Niveau d'étude et âge à l'arrêt de la scolarité : mère …………………………, père …………………………..

Vécu de leur propre scolarité ?

Participation aux réunions parents-professeurs et consultation de pro-notes ?

Que pensez-vous du collège ? Trouvez-vous que c'est un endroit dangereux ?

Vous sentez-vous soutenus par le personnel (professeurs, CPE, principal) du collège ?

II. Réaction face aux troubles de l'adolescent

Inquiétude ? Colère ? Incompréhension ? Pourquoi ?

Adoptez-vous une attitude plutôt compréhensive ou essayez-vous de lutter contre le symptôme ?

Les grands-parents sont-ils au courant des difficultés ?

Avez-vous adapté votre emploi du temps suite aux difficultés de votre enfant ?

Quelle est l'origine du trouble de votre enfant d'après vous ?

III. Antécédents familiaux

Phobie scolaire ? Phobie sociale ou agoraphobie ? Autres phobies ?

Troubles anxieux ? Dépression ?

Autre ?

IV. Organisation de la famille

Famille nucléaire classique, monoparentale ou recomposée ?

Culture d'origine ?

Qui a l'autorité à la maison ?

Aidez-vous votre enfant pour ses devoirs ?

Annexe 4: Questionnaire destiné à l'adolescent

<table>
<tr><td></td><td>N° FICHE ADO</td><td>|_||_||_|</td></tr>
<tr><td>A1</td><td>Groupe
Phobie scolaire : 1
Témoin : 2</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A2</td><td>Date de passation</td><td>__/__/____</td></tr>
<tr><td>A3</td><td>Date de naissance</td><td>__/__/____</td></tr>
<tr><td>A4</td><td>Sexe
Garçon : 1
Fille : 2</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A5</td><td>Dans quelle classe es-tu ?
Sixième : 1
Cinquième : 2
Quatrième : 3
Troisième : 4
ULIS : 5</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A6</td><td>Cette année, quel est ton régime ?
Demi-pensionnaire : 1
Externe : 2
Interne : 3</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A7</td><td>Fratrie (ne prendre en compte que les enfants du couple parental)
Réponse chiffrée</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A8</td><td>Rang dans la fratrie
Réponse chiffrée (1=aîné)</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A9</td><td>Combien d'adultes vivent avec toi la plupart du temps ?
Réponse chiffrée (9 : pour garde alternée)</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A10</td><td>Tu vis avec combien d'autres enfants ?
Réponse chiffrée</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A11</td><td>Au moment de partir de la maison pour aller au collège, un de tes parents ou un autre adulte est présent ?
Oui, le plus souvent : 1
Non, le plus souvent : 2
Indéterminé : 8</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A12</td><td>Quand tu es de retour du collège, un de tes parents ou un autre adulte est-il présent ?
cf question précédente</td><td>|_|</td></tr>
<tr><td>A13</td><td>Fais-tu tes devoirs seul à la maison ?
Oui, c'est bien : 1
Oui, hélas : 2
Non, avec mes parents : 3
Non, avec quelqu'un d'autre que mes parents : 4
Ça dépend : 5
Ne fait pas ses devoirs : 6</td><td>|_|</td></tr>
</table>

A14	As-tu une orientation scolaire particulière ? *Voie classique : 1* *Section artistique ou sportive : 2* *Langue renforcée (section européenne, classe bilingue,…) : 3* *SEGPA : 4* *MFR ou Pré-apprentissage : 5* *Autre : 9, Précisez : ....*	|_|
A15	Combien de fois as-tu redoublé ? *Réponse chiffrée*	|_|
A16	Quelles sont tes matières préférées ? *Français : 1* *Mathématiques : 2* *Histoire : 3* *Géographie : 4* *LV1 : 5* *LV2 : 6* *SVT : 7* *Indéterminé : 8* *Autre : 9* *Physique-Chimie : 10* *Sport : 11* *Musique : 12* *Arts plastiques : 13* *Technologie : 14* *Latin : 15* *Education civique : 16*	|__| |__| |__|
A19	Quelles sont les matières que tu aimes le moins ? *cf. question précédente*	|__| |__| |__|
A22	A quoi sert le collège d'après toi ? *A apprendre, travailler : 1* *A s'enrichir culturellement : 2* *A avoir un métier plus tard : 3* *A obtenir un diplôme, à progresser dans les études : 4* *A se faire des copains : 5* *A devenir adulte : 6* *A rien : 7* *Je ne sais pas : 8* *Autre : 9, Précisez :...*	|_| |_|
A24	Est-ce que tu aimes aller au collège ? *Oui : 1* *Non : 2* *Indéterminé : 8*	|_|

A25	Qu'est-ce que tu aimes dans le fait d'aller au collège? *Voir les copains : 1* *Apprendre : 2* *Faire plaisir à mes parents : 3* *Les professeurs : 4* *Les évaluations, les notes : 5* *M'amuser : 6* *Rien : 7* *Je ne sais pas : 8* *Autre : 9, Précisez :..............................*	|_| |_|
A27	Qu'est-ce que tu n'aimes pas dans le fait d'aller au collège ? *Rencontrer certains élèves et avoir des problèmes : 1* *Avoir des évaluations : 2* *Les professeurs : 3* *La peur de ne pas me sentir bien : 4* *Qu'il puisse arriver quelque chose pendant mon absence de la maison : 5* *Travailler, les cours : 6* *Rien : 7* *Je ne sais pas : 8* *Autre : 9, Précisez :.................................*	|_| |_|
A29	As-tu une activité extra-scolaire ?* *(* Oui : 1, Non : 2)*	|_|
A30	As-tu de bonnes relations avec les autres élèves ? *Plutôt oui : 1* *Plutôt non : 2* *C'est variable : 3* *Indéterminé : 8*	|_|
A31	Connais-tu le parcours scolaire de tes parents ?*	|_|
A32	Ont-ils eu des difficultés pendant leur scolarité? *Oui, un des deux : 1* *Oui, les deux : 2* *Non : 3* *Je ne sais pas : 8*	|_|
A33	L'un de tes frères et sœurs a-t-il eu des difficultés au collège ? *Oui : 1* *Je crois un peu : 2* *Non : 3* *Je ne sais pas : 8* *Enfant unique : Question supprimée*	|_|
A34	Date de début des troubles	__/__/____
A35	As-tu peur de partir de la maison ?*	|_|
A36	As-tu peur de rencontrer les autres élèves au collège ?*	|_|
A37	As-tu peur lors d'un contrôle ou quand le professeur te rend un contrôle ?*	|_|
A38	As-tu peur de répondre au téléphone de la maison ?*	|_|
A39	As-tu peur d'aller seul dans un magasin ?*	|_|
A40	As-tu peur de partir en colonie ou voyage de classe ?*	|_|

A41	Comment réagissent tes parents face à tes difficultés ?	Qu. ouverte

Annexe 5: Questionnaire destiné aux parents

	N° FICHE PARENTS	|_||_||_|
P1	Groupe *Phobie scolaire : 1* *Témoin : 2*	|_|
P2	Répondants *Mère seule : 1* *Père seul : 2* *Parents : 3*	|_|
P3	Date de passation	__/__/____
P4	Profession du père *Agriculteur exploitant : 1* *Artisan, commerçant ou chef d'entreprise : 2* *Cadre et professions intellectuelles supérieures : 3* *Profession intermédiaire (infirmier, technicien, contremaître…) : 4* *Employé (administratif, commerce, services aux particuliers) : 5* *Ouvrier : 6* *Retraité : 7* *Sans activité professionnelle : 8* *En cours de formation ou de reconversion professionnelle : 9*	|_|
P5	Profession de la mère *cf question précédente*	|_|
P6	Avez-vous eu une interruption d'activité de plusieurs mois ? (exceptés les congés maternité simples) *Oui, de 2mois à 1 an d'arrêt : 1* *Oui, plus d'un 1 an : 2* *Non : 3*	Le père |_| La mère |_|
P8	Pour quelle raison vous êtes-vous arrêté pour la période la plus longue ? *Invalidité ou longue maladie : 1* *Congé choisi : 2* *Chômage : 3* *Autre : 9* *Non concerné : question supprimée*	Le père |_| La mère |_|

P10	Niveau de diplôme du père *Aucun : 1* *Brevet des collèges : 2* *CAP, BEP : 3* *Baccalauréat, brevet professionnel ou équivalent : 4* *Supérieur court (DU , B S, formations sanitaires et sociales, ...) : 5* *Supérieur long (BAC + 3 et plus) : 6* *n c ours d'études initiales : 7* *Ne sait pas : 8*	|_|
P11	Niveau de diplôme de la mère *cf question précédente*	|_|
P12	Situation familiale *Parents qui vivent ensemble : 1* *Parents séparés depuis moins de 2 ans : 2* *Parents séparés depuis 2 ans et plus : 3* *Famille monoparentale : 4*	|_|
P13	Qui a l'autorité à la maison d'après vous? *Le père : 1* *La mère : 2* *Les deux : 3* *Un autre adulte : 4* *Un enfant : 5* *Personne : 6* *Indéterminé : 8* *Autre : 9, Précisez : ....*	Le père |_| La mère |_|
P15	Y a-t-il des conflits dans la fratrie ? *Oui, des conflits importants : 1* *Oui, de simples chamailleries : 2* *Non : 3* *Non concerné : Question supprimée*	Le père |_| La mère |_|
P17	Aidez-vous votre enfant à faire ses devoirs cette année ? *Oui, du fait de l'enfant : 1* *Oui, du fait du parent : 2* *Non : 3* *Simple surveillance : 4*	Le père |_| La mère |_|
P19	Les grands-parents sont-ils au courant des difficultés de votre enfant? *Oui, tous les grands-parents vivants : 1* *Seulement certains : 2* *Aucun : 3* *Indéterminé, tous les grands-parents décédés : 8*	|_|
P20	Avez-vous des activités de loisir ? *Oui, activité qui implique une certaine sociabilité : 1* *Oui, activité plutôt solitaire : 2* *Non : 3*	Le père |_| La mère |_|

P22	Vécu de la scolarité au collège pour le père ? *Bon : 1* *N'aimait pas aller au collège, avait peur : 2* *N'aimait pas travailler, n'aimait pas le côté scolaire : 3* *Avait des difficultés scolaires : 4* *Difficultés relationnelles avec les autres élèves : 5* *Indéterminé, ne sait pas : 8* *Autre : 9, Précisez : ....*	|_|
P23	Vécu de la scolarité pour la mère ? *cf. question précédente*	|_|
P24	Participation régulière aux réunions parents-professeurs au collège ? *Oui : 1* *Non, hélas (empêchement) : 2* *Non, par choix : 3*	Le père |_| La mère |_|
P26	Consultation de pro-notes ? *Oui, régulièrement : 1* *Oui, leur enfant leur montre : 2* *Peu : 3* *Jamais : 4*	Le père |_| La mère |_|
P28	Vous sentez-vous entendus par le personnel du collège (professeurs, principal, CPE) ? *Oui : 1* *Non : 2* *Moyennement : 3* *Indéterminé : 8*	Le père |_| La mère |_|
P30	Qui a orienté l'adolescent vers les soins? *Les parents : 1* *Un autre membre de la famille : 2* *Demande personnelle de l'adolescent : 3* *Le collège : 4* *Un professionnel de santé : 5* *Autre : 9, Précisez :..*	|_|
P31	Combien d'absences au collège y-a-t'il depuis la rentrée de septembre ? (en demi-journées) *De 0 à 5 : 1* *De 6 à 15 : 2* *De 16 à 30 : 3* *Plus de 30 : 4*	|_|
P32	Que ressentez-vous face aux troubles de votre enfant ? *Mère :..*	Question ouverte

P38	Evolution du trouble de votre enfant ? *Aggravation : 1* *Stabilité/Stagnation : 2* *Amélioration : 3* *Ne peut pas évaluer : 8*	|_|
P39	Avez-vous adapté votre emploi du temps suite aux difficultés de votre enfant ? *Oui : 1* *Non : 2*	Le père |_| La mère |_|
P41	Anxiété de séparation à l'entrée en maternelle ? *Oui : 1* *Non : 2* *Ne sait pas : 8*	|_|
P42	Qu'est-ce qui a déclenché le trouble de votre enfant d'après vous ? *Des difficultés scolaires : 1* *Un conflit avec les pairs : 2* *Un conflit avec un professeur : 3* *Un conflit familial, un divorce : 4* *Un évènement douloureux (deuil, maladie…) : 5* *Un changement d'environnement (déménagement…) : 6* *Ne sait pas : 8* *Autre : 9, Précisez : ....*	Le père |_| La mère |_|
P44	Antécédents de phobie scolaire dans la famille ? *Oui, dans la fratrie : 1* *Oui, chez les parents ou les grands-parents : 2* *Oui, dans la famille élargie : 3* *Oui, sur plusieurs générations : 4* *Non : 5* *Ne savent pas : 8*	|_|
P45	Antécédents de phobie sociale dans la famille ? *cf. supra*	|_|
P46	Antécédents de dépression dans la famille ? *cf. supra*	|_|
P47	Antécédents d'addiction et de dépendance dans la famille (OH, drogues) ? *cf. supra*	|_|
P48	Antécédents de schizophrénie ou de trouble bipolaire dans la famille? *cf. supra*	|_|
P49	Que ressentez-vous face aux troubles de votre enfant ? *Père :*...	Question ouverte

Annexe 6: Réponses ouvertes des adolescents du groupe "Phobie scolaire"

5. X
8. X
17. Ben je sais pas, je sais pas ce qu'ils pensent.
18. Ma mère, elle comprend, mon père aussi mais c'est pas pareil parce que ma mère, c'est plus une fille, elle comprend mieux.
19. X
23. Ben, mon père je le vois pas, on se parle pas donc j'sais pas. Et ma mère ça dépend ben des fois. Ben genre le matin quand je dis que je vais pas en cours, que je me lève pas, des fois elle essaye de me…, bon elle me crie pas dessus mais de se fâcher. Elle me dit « oui, il faut que tu y ailles » et tout mais bon après elle sait pas trop comment réagir. Et puis des fois après elle me dit « très bien » et puis voilà.
31. Ils m'encouragent. Ben ils sont là pour moi donc c'est bien.
32. Ils voulaient que j'aille au collège quand-même, ils voulaient que je fasse un effort. Ils m'incitaient à y aller sans me forcer, c'était moi qui choisissais.
34. Alors ma mère, elle réagit plutôt bien puisqu'elle a une phobie déjà. Du coup, ben ça va, elle comprenait ce que je ressentais. Alors que mon père, il croyait que c'était faux, que je simulais et tout…Du coup il disait que j'étais fainéante et tout.
35. Ben, pas trop bien. Ben au début, ils croyaient que c'était de la comédie. Ben ma mère, elle s'occupait plus de moi car c'est elle qui m'emmenait au bus, mais mon père lui il était au boulot.
36. Ben avant ils réagissaient mal, en fait, ils savaient pas mais maintenant on va dire qu'ils me laissent plus tranquille même si ma mère m'en parle tout le temps.

Annexe 7: Réponses ouvertes des adolescents du groupe témoin

1. X
2. X
3. X
4. Je dirais assez bien. Parfois elle m'aide, d'autres elle m'aide pas. Et puis bon.

6. Pas très contente. Soit elle me parle, soit elle me fâche.
7. Ils réagissent bien. Il me jugent pas. Et ben voilà, ils sont « normal », ils sont compréhensifs.
9. Ben, ils me fâchent et quand c'est des difficultés scolaires, ils m'aident en fait. Quand c'est des difficultés avec les professeurs, là, je me fais fâcher.
10. Ils le prennent bien. Ils sont avec moi. Ils m'encouragent à aller de l'avant.
11. Ils me forcent à aller dehors, ils me forcent à sortir de ma chambre. Et il faut du courage pour me faire sortir de ma chambre parce que quand je veux pas, je veux pas. Ils s'énervent, surtout mon père.
12. Ma mère, elle s'inquiète plus que mon père. Mon père, pour me défendre, il est là, mais après pour le reste, je lui parle pas. Mais ma mère, elle réagit, elle m'aide, enfin, elle essaye.
13. Des fois, ils sont tristes et des fois, ils sont étonnés que je me comporte comme ça. Comme tous les profs, des fois, je suis sympa une semaine et après l'autre semaine, comme mes parents vous ont dit, et ben ils sont étonnés.
14. Ils essayent de m'aider.
15. Je ne sais pas.
20. Ben, elle dit qu'il faut que j'apprenne mon contrôle, mais je le fais pas.
21. Ben quand je crie, ben des fois, ils me disent : « A., tu peux arrêter de crier ». ben du coup, je continue et après ils me punissent.
22. Des fois, ils réagissent mal, mais des fois, ils réagissent bien.
24. Ben ils disent qu'il faut…que c'est pas bien parce qu'après « c'est ton avenir qui en dépend ».
25. Quand j'ai eu le problème, ils étaient en colère. Après ça s'est calmé, c'est devenu distant. Et après, c'est redevenu comme avant.
26. Ils me punissent. Ma mère dit que j'ai besoin de parler.
27. Ben mal, parce que…oui, mal.
29. Ils sont trop sur mon dos.
30. Ma mère est un peu en colère. Mon père, je sais pas, il donne pas trop son avis.
33. En fait, s'ils étaient énervés, c'était pour m'encourager. Je pense, pour un jour, ils savent que je leur dirai merci du fait qu'ils m'ont aidé. Et je sais qu'ils m'encouragent et qu'ils vont me tirer vers le haut.

Annexe 8 : Réponses ouvertes des parents du groupe "Phobie scolaire"

5. Mère : Ce que je ressens c'est à force, c'est même un épuisement parce que moi, je suis malade pour lui. Voilà, c'est ça, je me rends malade pour lui. C'est surtout ça parce que je vois comme ça, ça me fatigue.
8. Mère : De la panique, on se sent impuissants. On pense être des mauvais parents. Père : X
17. Mère : Ça remet plein de choses en question. A des moments, c'est démoralisant. C'est difficile voilà, on s'attend pas à…, on se pose des questions. Déjà même quand ça fonctionne normalement, je vois des parents qui se mettent la pression sur l'avenir et leurs enfants. Alors quand ça fonctionne pas, c'est dur. On espère le mieux pour ses enfants donc c'est dur.
18. Mère : Ben c'est pas facile en fait, c'est pas facile de la comprendre. On essaye de la comprendre mais c'est pas facile. Moi je sais qu'il faut que je la laisse toute seule donc je le fais. Y a des choses comme quand je m'en vais moi et qu'elle est avec son papa, il risque rien. Mais c'est pas facile de comprendre tout ça, en fait.
19. Mère : On est seuls parce qu'il faut gérer C., les rendez-vous sont très longs et du coup il faut travailler quand-même. On est vraiment seuls, je dirais ça. On n'est pas du tout aider. Je veux pas dire que l'Etat doit tout gérer. Je veux dire qu'il y a même pas, je sais pas, d'assistantes maternelles qui puissent nous prendre des enfants comme ça, parce que moi, j'ai eu beaucoup de chance car à mon travail, ils m'ont fait un aménagement de planning sinon moi je devais m'arrêter de travailler. Je pouvais pas laisser seule C.
23. Mère : Oh ! Une impuissance terrible parce que tous les soirs presque, elle me dit qu'elle va aller au collège et que ça va aller et tous les matins quand je la réveille, elle me dit : « Non, non je peux pas ». Et moi, je me dis voilà, je peux rien faire. Qu'est-ce que je dois faire pour aider mon enfant. En tant que maman, c'est le pire, je crois. Parce que quand c'est physique, on peut toujours essayer de faire quelque chose mais là, on peut pas.
31. Mère : Je me sens coupable parce que j'ai pas pu détecter tout de suite, au bon moment, qu'il avait un problème. Et puis, je suis responsable de lui donc comme son état n'allait pas mieux, je culpabilisais beaucoup. Oui, je culpabilisais énormément de le voir malheureux, c'était encore pire, c'était terrible. Oui, coupable et je culpabilisais.
32. Mère : Beaucoup de tristesse pour lui, le fait de le voir malheureux comme ça, ça me rend très mal. Et une grande incapacité à l'aider, impression de pas avoir toutes les capacités du rôle de maman pour pouvoir aider mon fils. J'ai l'impression des fois qu'il me manque des outils pour pouvoir l'aider. Des fois, je me culpabilise aussi d'être moi aussi angoissée et stressée car je me dis des fois que je pense que je lui ai donné quelque part des gènes qui font qu'il est comme ça. Je voudrais pas qu'il vive ce que j'ai vécu. Père : Un grand désarroi parce que je trouve pas les bons mots pour le remettre, entre guillemets, sur le droit chemin. J'arrive pas quand il fait des crises d'angoisse comme ça, on est complètement démunis, on peut absolument rien faire et ça joue aussi sur notre humeur, sur notre façon de réagir avec lui. Ce qui est difficile, c'est de garder son calme quand il fait une crise. Il faut déjà se maîtriser car on a tendance à vouloir le booster ou à se fâcher alors qu'il faut pas. Et puis, une grande impuissance car on peut rien faire. Il faut attendre.
34. Mère : En tant que mère, surtout de l'inquiétude pour l'avenir parce que c'est vrai que je

me dis : « est-ce qu'elle va avoir un déclic ? » parce qu'elle a quand-même des facilités d'apprentissage sauf qu'elle n'aime pas l'école donc c'est vrai que ce qui m'inquiète beaucoup c'est son avenir.
35. Mère : Ben, au départ, on avait beaucoup de mal à comprendre. On a l'impression que c'est de la comédie parce qu'une fois que l'anxiété est passée, ben, on va dire, qu'elle est bien. Donc au départ, on pense que c'est de la comédie. Maintenant, ben c'est vrai que ça allait mieux et là depuis deux mois, ça recommence. Voilà, quoi, on sait pas trop encore. D'habitude, elle veut plus aller au collège le jeudi sauf que hier, elle y est allée parce qu'elle sait qu'après c'est les vacances donc je sais pas si c'est vraiment, je sais pas, je trouve ça bizarre, pour que ce soit encore de la phobie. Père : Ben oui, pareil de l'impuissance pour son truc. Et puis des fois, c'est à se demander si c'est pas de la comédie. Le soir, ça va super bien et le matin, au réveil, ça va plus. Alors, pourquoi ?
36. Mère : Les difficultés qui nous font peur, nous on la comprend mais on s'interroge beaucoup pour son avenir. Voilà, c'est ce qu'on ressent après comme elle se livre pas beaucoup, on la force un peu à parler et en tant que parents, c'est difficile à vivre. Père : Moi, j'sais pas, franchement j'sais pas moi, plus j'avance plus ça me passe au-dessus, donc de toute façon… Oui, plus j'avance et moins je l'accroche, plus ça va, plus je me décroche de ce problème, donc je cherche pas. J'laisse ma femme faire. J'insiste pas. Avant, j'insistais, maintenant j'insiste plus. Je comprends pas tout ça, voilà. J'pige pas. Y a des choses qui s'assemblent comme un puzzle et qui devraient être logiques et c'est pas logique avec L. donc j'comprends pas, je suis bête ou je sais pas. Donc c'est tout, qu'est-ce que vous voulez que je vous dise. Ma femme elle est plus… mais moi non, moi à un moment, j'ai saturé donc maintenant, ça continue son chemin. Je sais qu'elle a un problème, je sais très bien qu'elle a une phobie et tout ça…mais moi j'ai saturé.

Annexe 9 : Réponses ouvertes des parents du groupe témoin

1. Mère : Je me pose des questions, j'essaye de me mettre à la place de M. Je pense beaucoup de ses problèmes de M. parce que je suis la seule en tant que parents à être consciente que mon fils a des problèmes. Donc, c'est très dur pour moi parce que j'essaye de faire le maximum, ce que je peux essayer, le maximum pour qu'il soit mieux dans sa tête.
2. Mère : Je suis inquiète.
3. Mère : J'essaye de remonter ça. Pas faire voir à F. que je suis inquiète. J'essaye au contraire de la motiver. C'est pas évident. A des moments, j'ai encore l'appréhension. J'ai peur qu'il fasse encore une bêtise. J'ai la peur au ventre.
4. Mère : Je me sens inquiète, perdue. J'aimerais pouvoir l'aider mais je ne sais pas comment.
6. Mère : Ben, euh, ben y a un moment, on se demande comment l'aider parce que même en communiquant avec elle et en la soutenant ces derniers mois, on n'a pas vu d'amélioration.

7. Mère : Beaucoup d'impuissance et puis du mal-être
9. Mère : Ca me désespère. Non, sincèrement, ça me rend complètement désespérée, malheureuse. Et je sais plus quoi faire pour pouvoir l'aider dans ses problèmes. J'en suis…pour moi c'est une catastrophe.
10. Mère: Ben ça me fait mal forcément. Ça me fait mal au cœur de le voir pas bien et de le voir, pas « désespéré » des fois mais je crois… Ça me fait mal forcément. C'est pour ça que je mets tout pour qu'il réussisse. La MFR, parce que j'en suis persuadée que ça va l'améliorer dans plein de choses et qu'il va se sentir un peu plus grand.
11. Mère : Vous avez pu le constater tout à l'heure, ça m'effondre, ça m'envahit, ça m'attriste. Ça m'emplit la tête au point que je ne peux plus des fois la voir pleurer ou dans un état comme ça. Je reconnais pas mon bébé. Je me culpabilise. Qu'est-ce que j'ai fait, qu'est-ce que j'aurais du faire. J'ai l'impression de pas la comprendre, de pas remplir mon rôle. C'est énorme en tant que maman, ça m'envahit. Père : Y a des moments, de toute façon, on se pose toujours la question, pour moi je me dis, elle est pas normale. Y a des moments, carrément, c'est pas …puis après bon, j'essaye de passer à autre chose, mais on voit bien qu'elle est malheureuse. Ça c'est une évidence mais y a rien dans la maison qui peut. Il faudrait qu'elle regarde un peu à l'extérieur, un petit peu pour voir un peu, parce que je sais pas y a des gens malheureux qui sont vraiment dans le malheur, alors qu'elle, elle pourrait être heureuse.
12. Mère : Déjà, ça me fait mal parce que c'est ma fille, de la voir un peu traumatisée dans sa tête, comment vous dire ça…, oui ça me fait très très mal quoi. En plus, comme je vous l'ai dit, moi j'ai redoublé plusieurs fois au collège donc je me suis retrouvée aussi pas vraiment dans ce cas-là, mais voilà bon…ça va je suis petite donc personne ne croyait que j'avais 16 ans donc ça a été. Donc, mais je voudrais l'aider. C'est pour ça que je suis venue, accepter pour pouvoir l'aider.
13. Mère : De la tristesse. On veut l'aider et on fait tout en tant que parents. Et de la détresse, de la détresse, oui. Père : Ben moi, je comprends pas et donc quand je comprends pas, ça m'embête. J'aime bien trouver une solution à un problème donné. Et donc je trouve pas la solution et personne me la donne donc le problème, c'est que pour l'instant, personne me la donne.
14. Mère: Forcément un petit peu de culpabilité parce que quand on prend la décision de se séparer, de divorcer, quand on prend une décision qui a un impact important, surtout là, au niveau parental. Je pense qu'il y aura une culpabilité tout le temps, même si ma décision est pleinement assumée et absolument pas regrettée. Sinon, ça peut être, des fois, se sentir un peu démunie, comme là, suite aux derniers évènements où il y a eu ce conseil d'éducation qui a été décidé sans qu'on soit avertis. A présent, ça fait plusieurs années que je porte un peu toute seule, pas l'éducation, mais toute la phase d'accompagnement dans l'enseignement. Pour la première fois, j'ai du demander de l'aide au papa.
15. Mère : Grosse grosse impuissance, besoin de beaucoup d'aide malgré que tout le monde nous aide et essaye d'avancer avec nous. Nous, on ne baisse pas les bras, c'est le plus important. Père : Ben de l'impuissance. Batailler pour arriver à obtenir un petit pas pour avancer et être dirigés vers les bonnes personnes.

20. Mère : Je suis pas bien, je suis stressée. Ça me fait de la peine et j'essaye quand-même de faire en sorte de la rassurer, même si elle dit : « Ben tu t'en fous, tu m'aides pas ».
21. Mère : L'injustice envers elle. Compte tenu que j'ai géré tout, j'ai vu le dossier, les éléments, tout ce qui s'est dit, ce qu'on lui a reproché. Je pense qu'elle n'a que 11 ans et demi et je l'ai vécu aussi comme un coup de poing en pleine figure. J'ai du mal aussi à gérer les choses et de voir comment elle est mal à l'aise, quand elle pense d'elle, maintenant : « je suis pas belle, je suis bonne à rien ». Comment l'aider là-dedans ? Père : Ben dès qu'elle crie, pour aller dans son sens, ben déjà qu'elle crie moins et qu'elle ne perde pas sa joie de vivre.
22. Mère : Déjà, de la colère, oui de la colère envers le collège, parce que même si N. est en difficulté, on se rend compte en fait avec le recul, que si ils l'ont gardé jusqu'à présent, c'est parce qu'il a de bons résultats scolaires. Mais que à côté de ça, ils veulent pas s'embêter avec un enfant qui a des difficultés. Et N. n'a pas été le seul dans ce cas-là, on l'a appris après. Père : Ben je sais pas, c'est pas tellement le…, on sait que N. a des difficultés, mais c'est vague pour les aides, pour trouver les solutions. On a fait beaucoup de démarches, quand on voyait la dame, fallait faire le dossier MDPH mais fallait l'approbation de j'sais pas quoi. Là-bas, ils renvoyaient de l'autre côté, et tout. C'est vrai que des fois, on a envie de lâcher prise mais on peut pas, on veut pas. Je me sens pas impuissant et je veux pas lâcher prise.
24. Mère : Des fois c'est déstabilisant parce que du coup comme c'est compliqué avec M., on sait pas quand on est dans le bien ou dans le pas bien. Après des fois, j'arrive à me poser des questions, savoir si j'exagère pas, si c'est pas moi qui stresse trop par rapport à ce qui s'est passé. Au final, la solution, elle est plus simple que ce que je peux voir et qu'il faut que j'arrête de m'inquiéter car je sais aussi que l'on s'inquiète de trop, on reporte sur l'enfant. Des fois, lui aussi exprime un agacement dans ce sens-là. C'est pour ça que j'ai souhaité ce rendez-vous. A un moment, j'ai besoin qu'on me dise : « tu déconnes, tu déconnes pas ». Je caricature mais j'ai besoin, soit d'être rassurée, soit qu'on me dise, effectivement, il faut qu'on gère des trucs, parce qu'il peut y avoir des déviances. Et j'ai pas envie qu'on en arrive là. Voilà, on savait que ça allait être compliqué avec M. parce qu'on voyait qu'il y avait besoin de ce cadre. Et du coup après, il y a eu un an et demi là, compliqué, fatigant qui te renvoie plein de choses en tant que parent et voilà, ça inquiète.
25. Mère : J'aimerais comprendre bien là, où ça a dysfonctionné. Qu'est-ce que nous, on n'a pas fait, car forcément on se culpabilise. On se dit : « est-ce que c'est nous qui avons raté quelque chose ». mais ce serait plus, ça a été une grosse remise en question personnelle en tout cas. Père : Il y a quelque chose de positif en lui qui a du se déclencher par rapport aux évènements. Donc voilà, je suis plutôt positif pour le suivi.
26. Mère : De l'impuissance, je sais plus quoi faire.
27. Mère : Moi, je l'ai pris très mal, ça m'a rendu très mal. Père : Moi, ça me faisait pas rigoler parce qu'accuser une personne de vol c'est pas marrant. Et puis bon ça peut aller loin. Moi, ça m'a fait quand-même un petit peu du mal car c'est quand-même mon gamin comme me dit Mme P. « vous le défendez ». oui, mais c'est quand-même mon gamin. C'est quand-même dur à vivre. J'espère que ça va s'arranger.
29. Père : De la détresse, de l'inquiétude pour lui. Et nous, on se pose des questions sur ce qu'on aurait pas fait, ce qui aurait pu l'aider. On se pose des questions sur le passé. On s'interroge vraiment par rapport à ça. Parce que N. a toujours été, c'est vrai, comme il l'a dit

lui-même, en colère. Et cette colère ne le sert pas. Il est malheureux de ça, je pense. Je pense que ce qui arrive à N., c'est je pense, c'est le fait des circonstances malheureuses, mais il a toujours eu une petite faiblesse au niveau sentimental. Il a toujours eu besoin quand il était bébé, il fallait qu'on l'ait toujours dans nos bras. Et après, il a toujours eu besoin d'être proche, très très proche de ses parents, comme il a été proche de sa grand-mère.

30. Mère : Parfois de la colère, parfois de l'angoisse.

33. Mère : Je me sens parfois démunie, déconcertée. Je me dis…Je me remets en question, pour le coup, parce que je me dis, qu'est-ce que j'ai fait ou qu'est-ce qu'on a fait ou pas fait. Je me dis après, peut-être est-ce que ça vient de moi et que j'ai peut-être pas eu les bonnes…vu mon passif avec ma mère. Puis c'est quelqu'un… enfin moi je… Y en a qui en parlerait à leurs parents. Moi, je peux pas en parler. Après, ma belle-mère, on parle beaucoup, bon là, on lui a pas tout dit, pour pas la tourmenter plus, mais c'est difficile. Ça suppose qu'il faut encaisser et puis essayer de retrouver des solutions. Bon enfin, heureusement on est deux. Je dois dire, j'ai de la chance, j'ai mon mari. On arrive tous les deux mais c'est pas évident. Père : Je me remets en question bien entendu, on se remet toujours en question dans ces cas-là mais y a plus de, moi je pense, aussi à l'avenir d'A. à une période un peu particulière, un peu clef dans sa scolarité. Déjà, donc ça j'ai pas envie de la voir s'effondrer scolairement. Ça c'est vraiment, bon c'est pas la priorité parce qu'évidemment, je la vois mal dans sa peau, donc ça, c'est ce qui me touche le plus. Je dirais, c'est surtout si elle a un mal-être et surtout si elle ne peut pas en parler ou ne veut pas en parler. On arrive quand-même à garder le contact donc je me rattache à ça. On parle beaucoup, surtout quand on est tous les deux ou quand je suis seul avec elle. Elle se lâche donc j'apprécie beaucoup. Et j'ai beaucoup d'espoir car elle a des ressources. Pour l'instant, je suis inquiet, forcément, et un peu malheureux de voir ma fille souffrir. Et le côté scolaire.

Annexe 10 : Résultat du test de comparaison des moyennes (et médianes) entre le score cumulé du groupe « phobie » et celui du groupe témoin

Le Système SAS

The TTEST Procedure

Variable: score

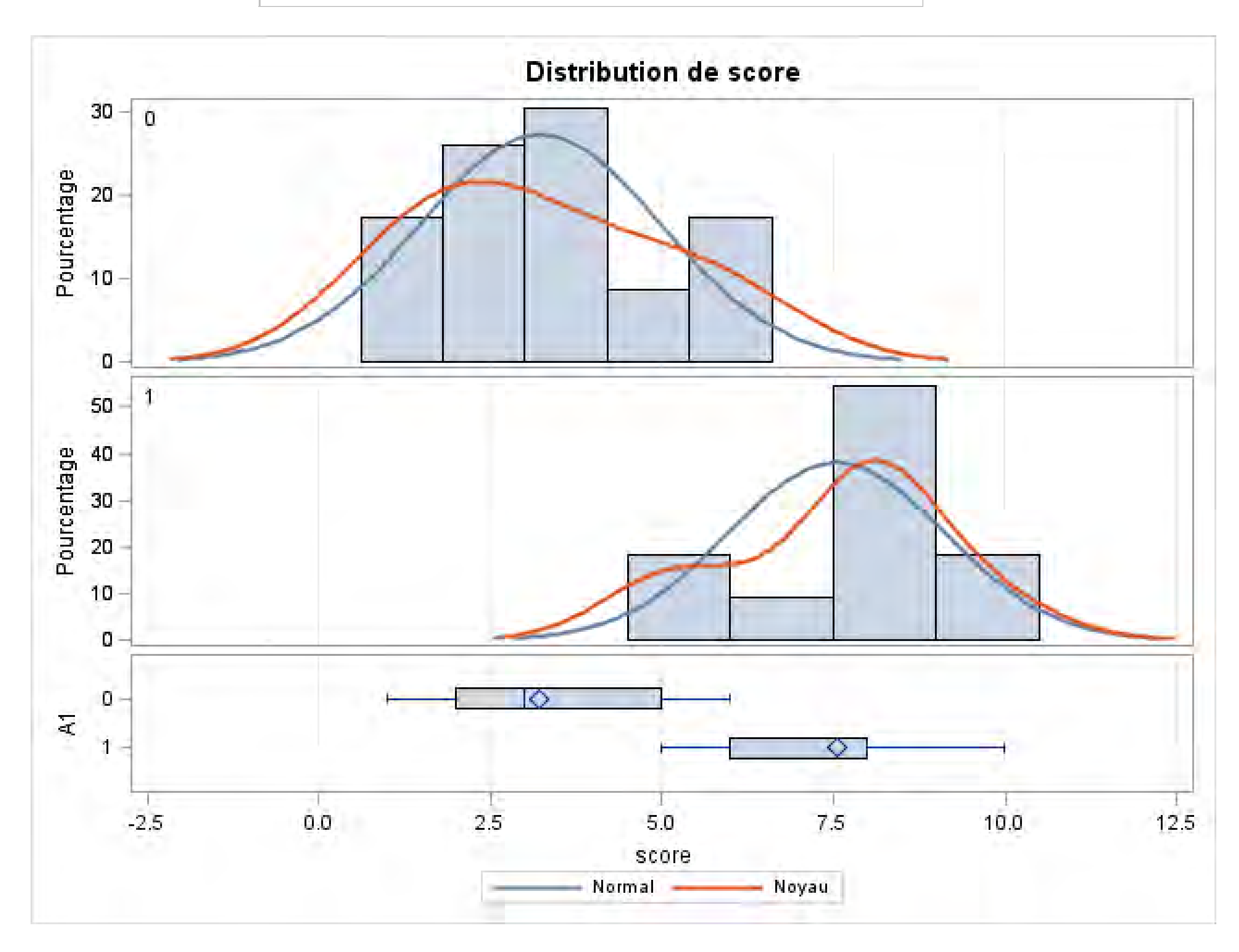
A1	N	Moyenne	Ecart-type	Err. type	Minimum	Maximum
0	23	3.2174	1.7570	0.3664	1.0000	6.0000
1	11	7.5455	1.5725	0.4741	5.0000	10.0000
Diff (1-2)		-4.3281	1.7015	0.6237		

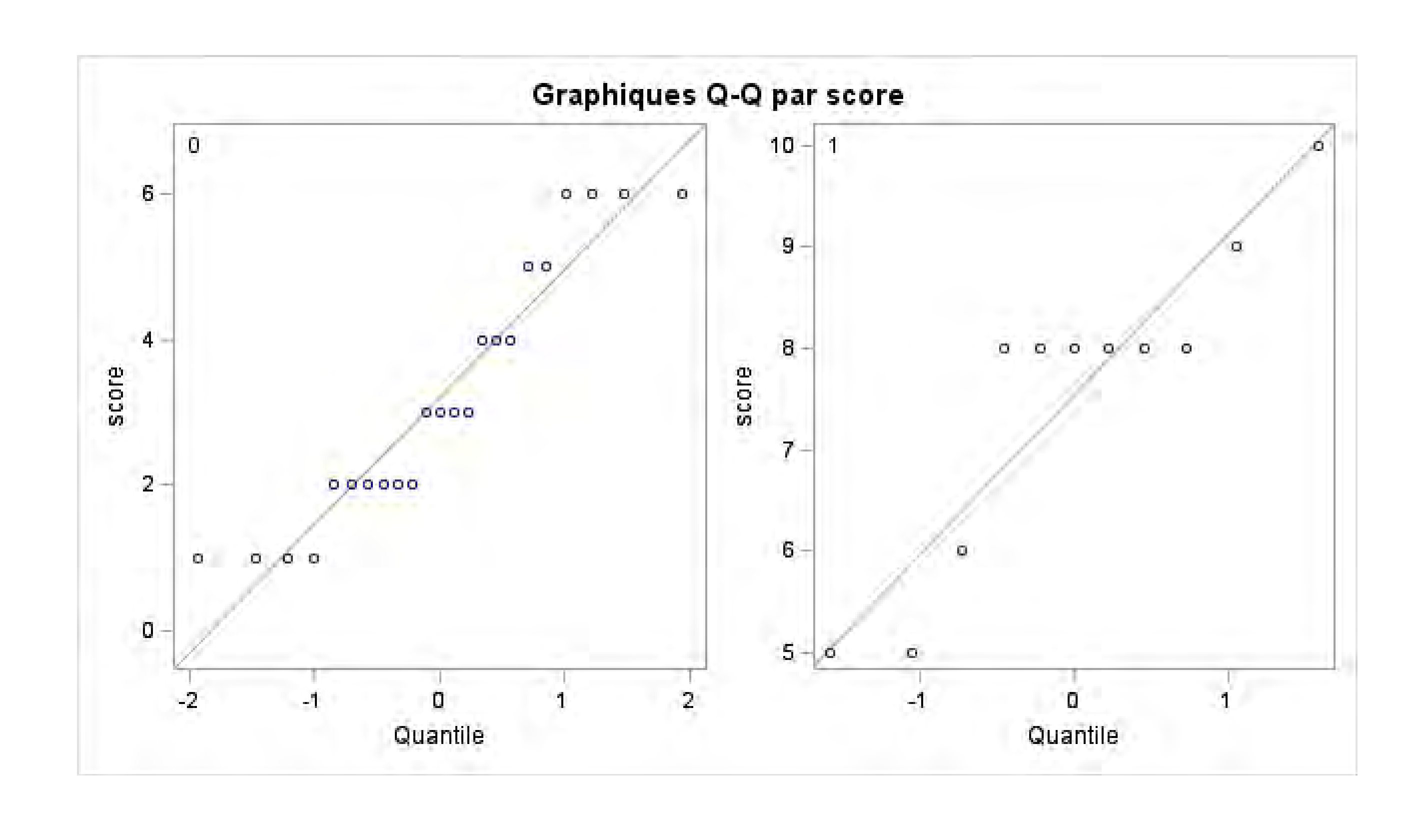
A1	Méthode	Moyenne	Moyenne de l'IC à 95%		Ecart-type	Ecart-type de l'IC à 95%	
0		3.2174	2.4576	3.9772	1.7570	1.3588	2.4867

A1	Méthode	Moyenne	Moyenne de l'IC à 95%		Ecart-type	Ecart-type de l'IC à 95%	
1		7.5455	6.4890	8.6019	1.5725	1.0987	2.7596
Diff (1-2)	Pooled	-4.3281	-5.5986	-3.0575	1.7015	1.3683	2.2505
Diff (1-2)	Satterthwaite	-4.3281	-5.5708	-3.0853			

Méthode	Variances	DDL	Valeur du test t	Pr > |t|
Pooled	Equal	32	-6.94	<.0001
Satterthwaite	Unequal	21.949	-7.22	<.0001

Egalité des variances				
Méthode	DDL Num.	DDL Res.	Valeur F	Pr > F
Folded F	22	10	1.25	0.7409





Annexe 11 : 2ème Modèle d'analyse de variance (influence indépendante de 4 variables)

Le Système SAS

Procédure LOGISTIC

Informations sur le modèle	
Table	WORK.TWO
Variable de réponse	A1
Nombre de niveaux de réponse	2
Modèle	logit binaire
Technique d'optimisation	Score de Fisher

Nombre d'observations lues	34
Nombre d'observations utili	34

Profil de réponse		
Valeur ordonnée	**A1**	**Fréquence totale**
1	1	11

Profil de réponse		
Valeur ordonnée	**A1**	**Fréquence totale**
2	0	23

La probabilité modélisée est A1=1.

Procédure d'élimination descendante

Informations sur le niveau de classe		
Classe	**Valeur**	**Variables d'expérience**
A32	**1**	-1
	2	1
P7	**1**	-1
	2	1
P11	**1**	-1
	3	1
P45	**1**	-1
	2	1

Etape 0. Les effets suivants ont été saisis :

A32 P7 P11 P45

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	**Sans covariables**	**Avec covariables**
AIC	47.134	31.544
SC	47.134	37.650
-2 Log	47.134	23.544

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0

Test	Khi-2	DDL	Pr > Khi-2
Rapport de vrais	23.5896	4	<.0001
Score	17.9819	4	0.0012
Wald	8.6043	4	0.0718

Note: No (additional) effects met the 0.2 significance level for removal from the model.

Analyse des effets Type 3

Effet	DDL	Khi-2 de Wald	Pr > Khi-2
A32	1	2.8049	0.0940
P7	1	4.9640	0.0259
P11	1	3.2816	0.0701
P45	1	2.5065	0.1134

Estimations par l'analyse du maximum de vraisemblance

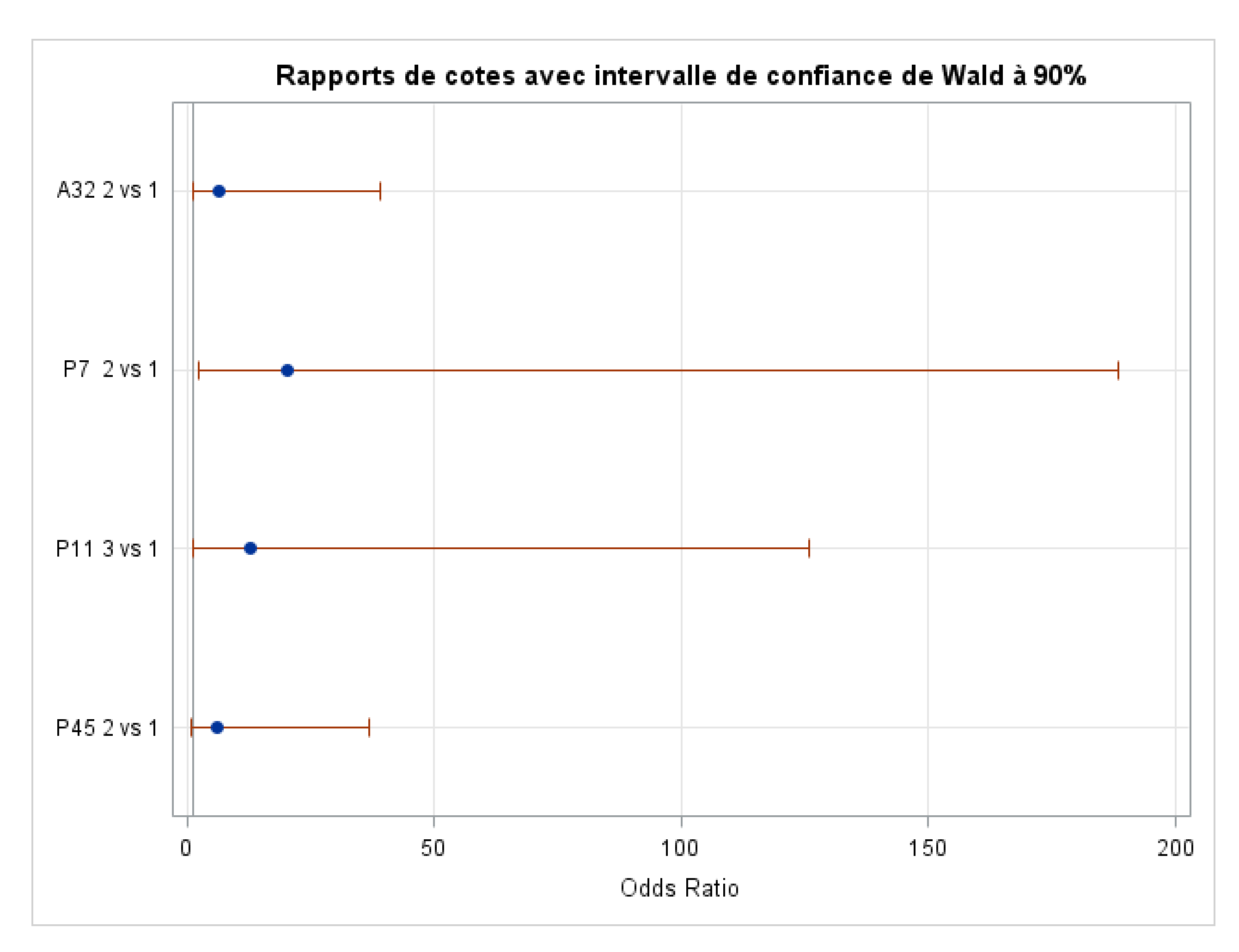
Paramètre		DDL	Valeur estimée	Erreur type	Khi-2 de Wald	Pr > Khi-2	Exp(Est)
A32	**2**	1	0.9243	0.5519	2.8049	0.0940	2.520
P7	**2**	1	1.5069	0.6763	4.9640	0.0259	4.513
P11	**3**	1	1.2672	0.6995	3.2816	0.0701	3.551
P45	**2**	1	0.8849	0.5589	2.5065	0.1134	2.423

Association des probabilités prédites et des réponses observées

Pourcentage concordant	87.7	**D de Somers**	0.810
Pourcentage discordant	6.7	**Gamma**	0.858
Pourcentage lié	5.5	**Tau-a**	0.365
Paires	253	**c**	0.905

Estimations du rapport de cotes et intervalles de confiance de Wald

Effet	Unité	Valeur estimée	Intervalle de confiance à 90 %	
A32 2 vs 1	1.0000	6.352	1.034	39.031
P7 2 vs 1	1.0000	20.364	2.201	188.422
P11 3 vs 1	1.0000	12.608	1.263	125.904
P45 2 vs 1	1.0000	5.870	0.933	36.916



Matrice de corrélation estimée				
Paramètre	**A322**	**P72**	**P113**	**P452**
A322	1.0000	0.2991	0.2197	-0.1186
P72	0.2991	1.0000	0.6150	0.0785
P113	0.2197	0.6150	1.0000	0.3075
P452	-0.1186	0.0785	0.3075	1.0000

Annexe 12 : 3ème Modèle d'analyse de variance (influence indépendante de 4 variables)

Le Système SAS

Procédure LOGISTIC

Informations sur le modèle	
Table	WORK.TWO

Informations sur le modèle	
Variable de réponse	A1
Nombre de niveaux de réponse	2
Modèle	logit binaire
Technique d'optimisation	Score de Fisher

Nombre d'observations lues	34
Nombre d'observations utili	34

Profil de réponse

Valeur ordonnée	A1	Fréquence totale
1	1	11
2	0	23

La probabilité modélisée est A1=1.

Procédure d'élimination descendante

Informations sur le niveau de classe

Classe	Valeur	Variables d'expérience
A32	**1**	-1
	2	1
P4	**1**	-1
	2	1
P7	**1**	-1
	2	1
P12	**1**	-1
	2	1
P21	**1**	-1
	2	1
P45	**1**	-1
	2	1

Etape 0. Les effets suivants ont été saisis :

P4 P21 A32 P7 P12 P45

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	**Sans covariables**	**Avec covariables**
AIC	47.134	35.664
SC	47.134	44.822
-2 Log	47.134	23.664

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0			
Test	**Khi-2**	**DDL**	**Pr > Khi-2**
Rapport de vrais	23.4699	6	0.0007
Score	18.5824	6	0.0049
Wald	9.9180	6	0.1281

Etape 1. Effet P45 supprimé :

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	**Sans covariables**	**Avec covariables**
AIC	47.134	34.113
SC	47.134	41.745
-2 Log	47.134	24.113

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0			
Test	**Khi-2**	**DDL**	**Pr > Khi-2**
Rapport de vrais	23.0207	5	0.0003
Score	18.1158	5	0.0028
Wald	9.4414	5	0.0927

Test du Khi-2 résiduel		
Khi-2	DDL	Pr > Khi-2
0.4572	1	0.4989

Etape 2. Effet P21 supprimé :

Etat de convergence du modèle
Critère de convergence (GCONV=1E-8) respecté.

Statistiques d'ajustement du modèle		
Critère	Sans covariables	Avec covariables
AIC	47.134	33.443
SC	47.134	39.548
-2 Log	47.134	25.443

Test de l'hypothèse nulle globale : BETA=0			
Test	Khi-2	DDL	Pr > Khi-2
Rapport de vrais	21.6913	4	0.0002
Score	17.1207	4	0.0018
Wald	8.7810	4	0.0668

Test du Khi-2 résiduel		
Khi-2	DDL	Pr > Khi-2
1.6766	2	0.4324

Note: No (additional) effects met the 0.2 significance level for removal from the model.

Récapitulatif sur l'élimination en arrière					
Etape	Effet supprimé	DDL	Nombre dans	Khi-2 de Wald	Pr > Khi-2
1	P45	1	5	0.4502	0.5022
2	P21	1	4	1.2213	0.2691

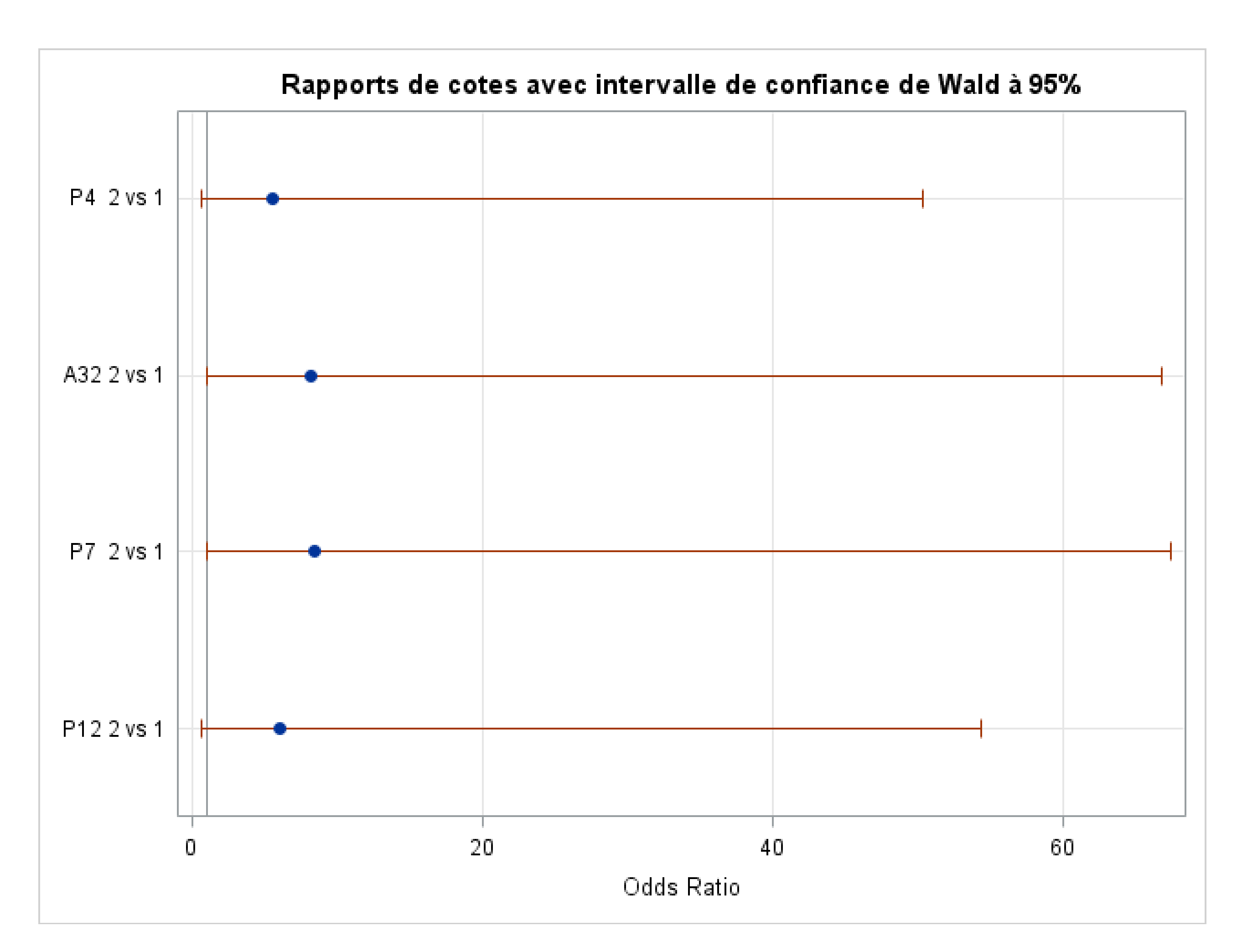
Analyse des effets Type 3			
Effet	DDL	Khi-2 de Wald	Pr > Khi-2

Analyse des effets Type 3			
Effet	**DDL**	**Khi-2 de Wald**	**Pr > Khi-2**
P4	1	2.2872	0.1304
A32	1	3.8701	0.0492
P7	1	4.0957	0.0430
P12	1	2.5509	0.1102

Estimations par l'analyse du maximum de vraisemblance							
Paramètre		**DDL**	**Valeur estimée**	**Erreur type**	**Khi-2 de Wald**	**Pr > Khi-2**	**Exp(Est)**
P4	**2**	1	0.8534	0.5643	2.2872	0.1304	2.348
A32	**2**	1	1.0522	0.5349	3.8701	0.0492	2.864
P7	**2**	1	1.0696	0.5285	4.0957	0.0430	2.914
P12	**2**	1	0.8969	0.5616	2.5509	0.1102	2.452

Association des probabilités prédites et des réponses observées			
Pourcentage concordant	84.2	**D de Somers**	0.759
Pourcentage discordant	8.3	**Gamma**	0.821
Pourcentage lié	7.5	**Tau-a**	0.342
Paires	253	**c**	0.879

Estimations du rapport de cotes et intervalles de confiance de Wald				
Effet	**Unité**	**Valeur estimée**	**Intervalle de confiance à 95 %**	
P4 2 vs 1	1.0000	5.511	0.603	50.340
A32 2 vs 1	1.0000	8.203	1.008	66.764
P7 2 vs 1	1.0000	8.493	1.070	67.426
P12 2 vs 1	1.0000	6.013	0.665	54.336



Matrice de corrélation estimée				
Paramètre	**P42**	**A322**	**P72**	**P122**
P42	1.0000	0.2693	0.0011	0.3570
A322	0.2693	1.0000	0.1786	-0.0301
P72	0.0011	0.1786	1.0000	0.2453
P122	0.3570	-0.0301	0.2453	1.0000

COMPAN Diane 2014 TOU3 1550

EXPLORATION DE LA DYNAMIQUE FAMILIALE CHEZ DES ADOLESCENTS ATTEINTS DE PHOBIE SCOLAIRE ET LEURS PARENTS.

Exploration of family dynamics in adolescents with school phobia and their parents.

RESUME EN FRANÇAIS :

La phobie scolaire de l'adolescent nécessite une prise en charge précoce, impliquant les parents. Nous avons souhaité dégager les problématiques familiales spécifiques à cette pathologie pour aider à l'élaboration d'un modèle de soin adapté. Notre étude exploratoire a été réalisée au centre psychothérapique pour adolescents « Mosaïque », à Poitiers. Nous avons comparé 11 collégiens avec phobie scolaire à 23 collégiens pris en charge en pédopsychiatrie pour un autre motif. Le protocole comprenait un entretien avec l'adolescent seul et un entretien avec les parents reçus séparément. L'analyse comparative des réponses aux questionnaires a permis de mettre en évidence des facteurs familiaux, comme une interruption prolongée d'activité professionnelle chez la mère (p=0,004), une moindre implication des parents concernant les devoirs (p=0,029) et la consultation des résultats par internet (p=0,014), la catégorie socioprofessionnelle des parents : classe ouvrière (p=0,026) et diplôme CAP/BEP (p=0,011), et enfin une mauvaise estimation de la part des adolescents concernant la possibilité que leurs parents aient pu avoir eux-mêmes des difficultés au cours de leur scolarité (p=0,020). Les parents des adolescents avec phobie scolaire ont exprimé une difficulté plus importante à comprendre la symptomatologie de leurs enfants et ont apprécié le fait d'avoir un espace de parole qui leur soit consacré. La phobie scolaire s'inscrit dans les pathologies émergentes de l'adolescent, et au même titre que l'anorexie mentale, exige des protocoles de soin rigoureux pour éviter une chronicisation néfaste.

Summary : Adolescent school phobia requires early treatment, involving parents. We wished to identify specific family issues with this condition to help develop a model of adapted care. Our exploratory study was conducted in a specialized psychotherapic center for adolescents in Poitiers (France). We compared 11 middle school students with school phobia to 23 middle school students supported in child psychiatry for another reason. The protocol included an interview with the adolescent and an interview with the parents recieved seperately. The comparative analysis allowed to highlight family factors such as prolonged interruption of professional activity by the mother (p=0,004), less parental involvement on homework (p=0,029) and on consulting academic performance online (p=0,014), the parents'social and occupational status : working class (p=0,026) and school-leaving diploma (p=0,011), and finally a poor estimate by the adolescents about the possibility that their parents may have had their own difficulties in their education (p=0,020). Parents of adolescents with school phobia expressed a worse understanding of their childrens'symptoms and enjoyed having a talking space that is devoted to them. School phobia is part of the emerging diseases of the adolescent, and just as anorexia nervosa, requires structured protocols to avoid harmful chronicity.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE : Médecine spécialisée clinique

MOTS-CLES : phobie scolaire, refus scolaire, adolescents, parents, thérapies familiales, protocole, prise en charge

INTITULE ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :
Université Toulouse III-Paul Sabatier. Faculté de médecine Toulouse-Purpan, 35 Allées Jules Guesde BP 7202 31073 Toulouse Cedex 7

Directeur de thèse : Dr. Nicole CATHELINE